



**A Perturbação de Hiperatividade/Défice
de Atenção (PHDA): do conhecimento dos
professores às práticas educativas no
1.º ciclo do ensino básico**

Luís Carlos Martins de Oliveira

UMinho | 2017



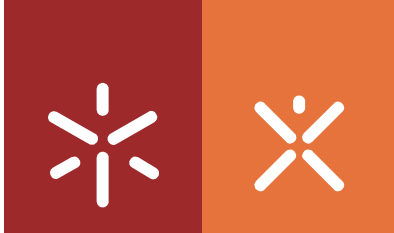
Universidade do Minho
Instituto de Educação

Luís Carlos Martins de Oliveira

**A Perturbação de Hiperatividade/Défice
de Atenção (PHDA): do conhecimento dos
professores às práticas educativas no
1.º ciclo do ensino básico**

junho de 2017





Universidade do Minho

Instituto de Educação

Luís Carlos Martins de Oliveira

**A Perturbação de Hiperatividade/Défice
de Atenção (PHDA): do conhecimento dos
professores às práticas educativas no
1.º ciclo do ensino básico**

Tese de Doutoramento em Estudos da Criança
Especialidade em Educação Especial

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Teresa Pires de Medeiros

da

Professora Doutora Ana Maria Silva Pereira

Henriques Serrano

e do

Professor Doutor Marcelino Arménio Martins Pereira

Declaração

Nome: Luís Carlos Martins de Oliveira

Endereço eletrónico: luismicaelense@hotmail.com

Título da tese: A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA): do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico

Orientador(es): Professora Doutora Maria Teresa Pires de Medeiros; Professora Doutora Ana Maria Silva Pereira Henriques Serrano; e Professor Doutor Marcelino Arménio Martins Pereira

Ano de conclusão: 2017

Designação do Doutoramento: Doutoramento em Estudos da Criança, especialidade em Educação Especial

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 09/06/2017

Assinatura: Luís Carlos Martins de Oliveira

Declaração de integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 09 de junho de 2017

Nome completo: Luís Carlos Martins de Oliveira

Assinatura: Luís Carlos Martins de Oliveira

Dedicatória

Esta tese é fundamentalmente dedicada a todas as crianças com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), aos seus pais, professores do 1.º ciclo do ensino básico, a todos os investigadores que se interessam por esta problemática e aos agentes educativos que, direta ou indiretamente, devem tomar decisões no que à educação de crianças com necessidades educativas especiais (NEE) diz respeito.

Agradecimentos

Talvez esta fosse a parte mais fácil deste empreendimento, mas uma retrospectiva aos quatro anos percorridos obrigou-me a uma profunda reflexão, cuja ilação foi a convicção de que, sozinho, tal tarefa teria sido inatingível. Sempre olhei para as palavras de agradecimento como uma circunstância que deve ocorrer no momento certo, e, por isso, ao longo deste trajeto fiz questão de prestar a minha homenagem a todos aqueles que me ajudaram nesta etapa académica, ainda que tais palavras tenham sido exíguas. Este trabalho, ainda que iminentemente individual envolve, e muito, a cumplicidade de todos aqueles que de perto conosco convivem, com especial destaque para os orientadores. Como é natural, a dissertação que aqui se apresenta resulta da concorrência de muitas boas vontades, às quais gostaria de expressar o meu sincero agradecimento:

À Professora Doutora Teresa Medeiros, sem dúvida, a minha mentora neste processo. Foi quem acreditou inicialmente nas minhas capacidades; quem me colocou desafios exigentes; quem, sempre que me desviei do caminho ou perdi algum ânimo, me reconduziu e deu força para continuar. Aliado a tudo isto, foi um privilégio aprender com a sua vasta experiência em diferentes domínios da investigação, e contar com o seu carinho e amizade.

À Professora Doutora Ana Serrano, pela sua disponibilidade e apoio institucional. Acima de tudo, pela simplicidade de processos e liberdade de ação que contribuíram para a minha autonomia e desenvolvimento pessoal. Sempre que precisei, partilhou a sua sabedoria. Agradeço simultaneamente o companheirismo que demonstrou comigo e com os seus colegas externos à Universidade do Minho.

Ao Professor Doutor Marcelino Pereira, pelo risco assumido, mas fundamentalmente pelas sábias, rigorosas e claras orientações com que me presenteou. O seu cunho está presente na tese, de resto, ficará ao longo da minha carreira. É e será sempre uma referência, com ele aprendi quase tudo acerca da investigação. Mas, se o seu conhecimento e a sua experiência foram cruciais neste trabalho, não menos importante foram as suas palavras de incentivo, muitas vezes com algum pragmatismo, mas determinantes para que alcançasse os objetivos definidos. Permanecerá a sua amizade.

Ao Professor Doutor Pedro Palhares, pelo apoio institucional enquanto diretor do curso de doutoramento em Estudos da Criança.

À Professora Doutora Ana Paula, por ter assumido a responsabilidade do projeto de investigação para obtenção da bolsa de doutoramento.

Ao Dr.º Boavida Fernandes, pela sua amabilidade, colaboração e prontidão na partilha da sua experiência clínica no campo da PHDA.

Aos professores que me acompanharam ao longo de todo o meu percurso académico, com destaque para a Professora Doutora Sónia Nogueira; a quem devo as competências necessárias à realização de um trabalho desta natureza.

A todos os diretores de Agrupamento de escolas da ilha de São Miguel e professores que se disponibilizaram a participar nesta investigação.

À Dr.ª Célia Amaral, pela simpatia e diligência nos esclarecimentos referentes à minha bolsa de doutoramento.

Aos amigos, principalmente ao André Oliveira, Ricardo Pina, Paulo Gomes, Márcio Dinis, Rui Rito, Ricardo Cabral, por estarem sempre por perto, pelo apoio incondicional, nos bons e maus momentos.

À minha família, o sentimento de gratidão que nutro não se esgota na escrita de umas linhas...

Aos meus pais, indiscutivelmente os principais impulsionadores de todos os sucessos que tenho alcançado ao longo da minha vida, e este não foge à regra. Foram quatro anos em que mostraram muita paciência, raramente regatearam, mas sim ajudaram nos momentos mais complicados. Sei que neles tenho o meu refúgio e o ponto de equilíbrio. São o meu orgulho.

À minha irmã, se pudesse quantificar e fazer uma análise estatística diria que 50% do êxito alcançado lhe será atribuído. Por tudo, primeiro pelo afeto, amizade e carinho que tem demonstrado ao longo da minha existência, e que contribuem decisivamente para a minha felicidade. Depois, no que respeita ao doutoramento, pelo empenho, dedicação e motivação que me concedeu no decorrer desta jornada. Não tenho palavras, estarei sempre grato por tudo o que é e representa para mim.

Ao meu cunhado, perante todas as adversidades foi sempre encontrando uma forma de me proporcionar momentos de descontração que me conferiram a necessária estabilidade emocional.

Aos meus sobrinhos, essencialmente por aquilo que significam e pela alegria que me transmitem.

Por fim, mas não menos importante, ao Fundo Regional para a Ciência e Tecnologia (FRCT), pela atribuição da bolsa de doutoramento, com a referência

M3.1.2/F/066/2011, um projeto de investigação também apoiado pela Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura, do Governo Regional dos Açores, que me permitiu as condições para a investigação que resultou nesta dissertação.



A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA): do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é atualmente vista como uma *lifespan disorder*, isto é, uma perturbação de carácter permanente, cuja génese é multifatorial, com forte predisposição genética e desregulação neurobiológica (Schmidt & Petermann, 2009). Estima-se que afete cerca de 5% das crianças (APA, 2014) e conhece-se o risco elevado da existência de outras comorbilidades de natureza internalizante e externalizante (e.g., perturbação de ansiedade – PA; perturbação depressiva – PD; perturbação desafiante de oposição – PDO; perturbação do comportamento - PC, perturbação da aprendizagem específica – PAE), assim como outros problemas associados (e.g., académicos, comportamentais e sociais), que agravam o prognóstico e que poderão manter-se na idade adulta (Faraone et al., 2015). Em simultâneo, a literatura da especialidade revela que um sistema de sinalização eficiente, associado à implementação de estratégias educativas adequadas, produz alterações significativas no desempenho escolar e ajustamento social (DuPaul, Weyandt, & Janusis, 2011). Neste âmbito, importa dotar as escolas e os professores de um conjunto de ferramentas que lhes permitam operar uma sinalização eficiente e atempada, capacitando-os, simultaneamente, para o exercício de uma prática pedagógica eficaz.

O âmago desta investigação passa pela convergência da análise do conhecimento dos professores acerca da PHDA (i.e., informação geral/mitos, epidemiologia/etiologia, comorbilidades/problemas associados, sinalização/diagnóstico/encaminhamento e intervenção), os principais problemas que esta perturbação causa em contexto escolar (i.e., ao nível académico, comportamental e social) e as práticas educativas adotadas com estes alunos (i.e., colaboração multidisciplinar na sinalização, diagnóstico e intervenção; estratégias de ensino diferenciadas em sala de aula; envolvimento parental; medidas de apoio educativo/educação especial).

Tratou-se de uma investigação mista (quantitativa e qualitativa). **O estudo 1** (quantitativo) pretendeu analisar o conhecimento de uma amostra de professores (n = 419) acerca da PHDA com recurso a um questionário construído e validado para o efeito (Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA – QACP). A análise dos

dados foi efetuada através do IBM –*Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – Versão 21 e recorreremos aos Testes *Wilcoxon-Mann-Whitney*, Qui-Quadrado e *Fisher* para o estudo das variáveis selecionadas (i.e., formação em PHDA, experiência de ensino a alunos com PHDA e o setor de escola). O **estudo 2** (qualitativo – estudo de caso múltiplo) visou uma compreensão mais aprofundada de dois fenómenos do estudo (i.e., analisar o impacto da PHDA em contexto escolar e o atendimento que é disponibilizado a estes alunos). Utilizou-se o método de triangulação de dados para validação empírica, com a aplicação de uma escala de avaliação comportamental (*Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale – VADTRS*) a alunos diagnosticados (ou em avaliação) com PHDA (n = 105); da entrevista semiestruturada, a uma amostra intencional de cinco docentes do 1.º Ciclo do ensino público e privado (cada qual com um aluno diagnosticado com PHDA); e da análise documental aos Processos Individuais (PIA) destes mesmos cinco alunos (um dos critérios de inclusão foi terem relatório clínico/psicopedagógico da PHDA). O tratamento estatístico foi efetuado através do teste *Kruskal-Wallis* e do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, e a organização e análise dos dados qualitativos com o recurso ao programa informático *Maxqda* e ao método da análise documental (técnica da análise categorial).

Os resultados deste estudo salientam a heterogeneidade e gravidade da PHDA (i.e., relativamente aos problemas académicos, comportamentais e sociais) e, por isso, a necessidade imperiosa de uma intervenção escolar de acordo com o carácter idiossincrático de cada caso. No entanto, é por demais evidente a falta de preparação dos docentes ao longo do seu percurso académico/formativo para o ensino destes estudantes (e.g., apenas 19.1% confirmou ter adquirido formação), que se traduz em algumas lacunas no conhecimento desta matéria (e.g., da etiologia e do diagnóstico), mas principalmente em insuficiências na implementação de metodologias que garantam melhorias no sucesso académico e comportamental destes alunos (e.g., estratégias comportamentais e cognitivo-comportamentais). Por outro lado, verificaram-se ainda falta de recursos humanos qualificados; pouca articulação entre os diferentes intervenientes/entidades; escassez de documentação de suporte ao diagnóstico; e inexistência de programas de colaboração casa-escola, que em nada abonam ao desenvolvimento das proclamadas escolas inclusivas.

Palavras-chave: PHDA, professores 1.º ciclo, rendimento académico, práticas educativas

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): from teacher knowledge to educational practices in the first cycle of basic elementary education

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is currently seen as a *lifespan disorder* – an on-going disorder, the origin of which is multifactorial, based on strong genetic predisposition and neurobiological deregulation (Schmidt & Petermann, 2009). It is estimated that around 5% of children are affected (APA, 2014). It is also known that there is a high risk of other comorbidities of internalizing and externalizing nature (e.g., anxiety disorder – AD; depressive disorder – DD; oppositional defiant disorder – ODD; conduct disorder – CD; specific learning disabilities – SLD), and other associated problems (e.g., academic, behavioral and social), which make the prognosis worse and may continue to adulthood (Faraone et al., 2015). At the same time, the literature reveals that a system of effective signaling, linked to the implementation of appropriate educational strategies, produces significant improvements in academic performance and social adjustment (DuPaul, Weyandt, & Janusis, 2011). In this context, it is important to equip schools and teachers with a set of tools that would enable them to operate an efficient and timely signaling system and, at the same time, train them in effective pedagogical practices.

This research takes a three-pronged approach, combining an analysis of teachers' knowledge of ADHD (i.e., general knowledge/myths; epidemiology and etiology; comorbidities and associated problems; signaling, diagnostic and monitoring; and intervention), with the main problems which this disorder causes within a school context (i.e., at an academic, behavioral and social level) and the educational practices adopted with these students (i.e., multidisciplinary collaboration in signaling, diagnostic and intervention; differentiation teaching strategies in the classroom; parental involvement; education and special educational support measures).

It was a mixed research (quantitative and qualitative). The aim of the **First study** (a quantitative study) was to analyze teacher knowledge of ADHD from a sample of teachers (n = 419), using a questionnaire designed and validated for this purpose: 'Questionnaire to evaluate knowledge of ADHD - QEKA (Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA – QACP). Statistical analysis was carried out using the IBM - Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – Version 21. We also used the

following tests: Wilcoxon-Mann-Whitney, Chi-square and Fisher to study selected variables (i.e., training in ADHD, teaching experience with ADHD students, and the type of school). The **Second study**, a qualitative study (multiple case studies) was conducted for a deeper understanding of two study phenomena (i.e., analyze the impact of ADHD in schools and the educational practices adopted with these students), and a method of triangulating data for empirical validation was used. Specifically, a behavioral evaluation scale (the *Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale - VADTRS*) was used to assess students diagnosed (or being assessed) with ADHD (n = 105). A semistructured interview was conducted with a sample of five teachers of the 1st cycle of public and private elementary school education (each with a student diagnosed with ADHD); and the Individual Education Plans of these five students were analyzed (one of the criteria for inclusion was that they have clinical / psychopedagogical ADHD reports). Statistical analysis was carried out using the IBM - *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - the *Kruskal-Wallis Test* and the *Spearman Correlation Coefficient*. Qualitative data was organized and analyzed using the *Maxqda [Qualitative Data Analysis Software]* and a document analysis method (*categorical data analysis technique*).

Results highlight the heterogeneity and severity of ADHD (i.e., with regard to academic, behavioral and social problems) and, consequently, the urgent need for school intervention to address the specific needs of individual students. However, it is quite clear that there is a lack of preparation in the academic/professional training of teachers to teach these students (e.g., only 19.1% confirmed to have acquired training), which is translated into gaps in knowledge in this area (e.g., etiology and diagnosis), but mainly in the insufficient implementation of methodologies that guarantee improvements in the academic and behavioral success of these students (e.g., behavioral and cognitive-behavioral strategies). On the other hand, the study identified a lack of qualified human resources, little interaction between the various agencies, a shortage of diagnostic support documentation, a lack of behavioral and cognitive-behavioral strategies, and an absence of programs to support home / school cooperation, which do not contribute to the development of so-called inclusive schools in any way.

Key words: ADHD, teachers of the 1st cycle, academic achievement, educational practices

Índice geral

Introdução.....	29
Parte I.....	33
A Educação Especial e o seu trajeto em Portugal.....	33
Capítulo I.....	35
A Educação Especial: contextualização histórica.....	35
1 Nota introdutória.....	35
2 História da Educação Especial.....	36
2.1 Antecedentes.....	37
2.2 Primeiros percursos da Educação Especial.....	38
2.3 O período da institucionalização.....	40
2.4 Normalização: da segregação à integração.....	42
2.5 Das necessidades educativas especiais à educação inclusiva: cruzando palavras e conceitos.....	50
3 O percurso da educação especial em Portugal.....	56
3.1 Quadro legislativo atual.....	63
4 A educação especial nos Açores.....	69
Parte II.....	77
Revisão literária acerca da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção.....	77
Capítulo II.....	79
Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: dimensões essenciais.....	79
5 Definição.....	79
6 Evolução do conceito.....	79
7 Epidemiologia.....	84
8 Etiologia.....	86
8.1 Genética/hereditariedade.....	86
8.2 Neurobiologia e neuropsicologia.....	88
8.3 Outros fatores etiológicos com origem pré, peri e pós-natal.....	89
8.4 Fatores contextuais.....	90
9 Caracterização e comorbilidades.....	92
9.1 Défice de atenção.....	93
9.2 Hiperatividade.....	93
9.3 Impulsividade.....	93
9.4 Comorbilidades neuropediátricas e do neurodesenvolvimento.....	94
9.5 Comorbilidades psiquiátricas.....	95
10 Trajetória de desenvolvimento.....	96
11 Avaliação e Diagnóstico.....	99
11.1 Avaliação médica.....	100
11.2 Avaliação psicoeducativa.....	101
11.3 Critérios de diagnóstico.....	102
12 A intervenção em contexto escolar e familiar.....	104
12.1 Intervenção farmacológica.....	104
12.2 Intervenção não farmacológica.....	108
12.2.1 Terapia comportamental.....	110
12.2.2 Terapia cognitivo-comportamental.....	113
12.2.3 Estratégias de intervenção específicas no contexto escolar.....	115
12.2.3.1 Organização e estruturação do ambiente de sala de aula.....	115
12.2.3.2 Modificações na instrução e atribuição das tarefas.....	116
12.2.3.3 Utilização do computador.....	116

12.2.3.4 Tutoria de pares.....	117
12.2.3.5 Apoios e serviços de educação especial.....	117
Capítulo III.....	119
Um problema no horizonte: a busca de respostas	119
13 PHDA: conhecimento dos professores e práticas educativas	119
13.1 Conhecimento dos professores acerca da PHDA	119
13.2 Práticas educativas.....	124
14 Problematização	127
Parte III.....	131
Estudo Empírico.....	131
Capítulo IV	133
Metodologia.....	133
15 Paradigma e metodologia da investigação	133
16 Questões de partida e levantamento prévio de dados.....	136
17 Estudo 1 – abordagem quantitativa.....	137
17.1 Objetivos.....	137
17.2 Amostra.....	137
17.3 Medidas e Procedimentos	138
17.3.1 Instrumento de recolha de dados	138
17.3.2 Construção e validação do Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA	139
17.3.3 Estudo piloto.....	143
17.4 Administração do QACP	147
17.5 Análises estatísticas	148
17.6 Apresentação e discussão dos resultados.....	148
17.6.1 Consistência interna	149
17.6.2 Conhecimento da PHDA	151
17.6.2.1 Informação geral	151
17.6.2.2 As perceções dos professores relativamente à etiologia da PHDA	157
17.6.2.3 Resultados referentes à caracterização semiológica	163
17.6.2.4 Comorbilidades/problemas associados	167
17.6.2.5 Sinalização/diagnóstico/encaminhamento	170
18 Estudo 2 – abordagem qualitativa	196
18.1 Objetivos.....	196
18.2 Participantes.....	197
18.2.1 Critérios de inclusão	198
18.3 Método	198
19 A escala de avaliação comportamental	199
19.1 Participantes.....	199
19.1.1 Critérios de inclusão	200
19.2 Medidas e procedimentos	201
19.2.1 Instrumento.....	201
19.2.1.1 Tradução e adaptação.....	203
19.3 Procedimentos.....	204
19.4 Análises estatísticas	205
19.5 Apresentação e discussão dos resultados.....	206
19.5.1 Consistência interna	206
19.5.2 Diferenças entre os grupos nas dimensões comportamentais	208
19.5.3 Análise aos tamanhos do efeito	211
19.5.3.1 PHDA e comorbilidades	212

19.5.3.2 PHDA e problemas escolares.....	213
19.5.3.3 PHDA e problemas comportamentais.....	214
20 A entrevista	218
20.1 Construção e validação do guião da entrevista.....	219
20.2 Realização das entrevistas	220
20.3 Transcrição das entrevistas	221
21 A análise documental	221
21.1 Aferição da documentação	222
22 Análise dos dados.....	223
23 Apresentação e discussão dos resultados	225
23.1 Caraterização dos participantes	225
23.2 Perfil global do GAE	228
23.2.1 Orientações para Apoio Educativo/Educação Especial.....	234
23.3 Perfil individual do GAE	237
23.3.1 Caraterização geral do aluno 1 (AL1)	237
23.3.2 Competências académicas do aluno 1	238
23.3.3 Caraterísticas comportamentais do aluno 1	239
23.3.4 Relacionamento do aluno 1 com os pares	240
23.3.5 Contexto educativo onde está inserido o AL1.....	240
23.3.6 Práticas educativas adotadas com o AL1	241
23.3.7 Perfil de Funcionalidade do aluno 1	242
23.3.8 Respostas educativas fornecidas ao AL1	242
23.3.9 Caraterização geral do aluno 2 (AL2)	244
23.3.10 Competências académicas do aluno 2	245
23.3.11 Caraterísticas comportamentais do aluno 2.....	246
23.3.12 Relacionamento do aluno 2 com os pares	247
23.3.13 Contexto educativo onde está inserido o AL2.....	247
23.3.14 Práticas educativas adotadas com o AL2	248
23.3.15 Perfil de Funcionalidade (AL2).....	248
23.3.16 Respostas educativas fornecidas ao aluno 2.....	249
23.3.17 Caraterização geral do aluno 3 (AL3)	252
23.3.18 Competências académicas do aluno 3	252
23.3.19 Caraterísticas comportamentais do aluno 3.....	253
23.3.20 Relacionamento do aluno 3 com os pares	254
23.3.21 Contexto educativo onde está inserido o aluno 3	255
23.3.22 Práticas educativas adotadas com o aluno 3.....	255
23.3.23 Perfil de Funcionalidade do aluno 3.....	255
23.3.24 Respostas educativas fornecidas ao aluno 3.....	256
23.3.25 Caraterização geral do aluno 4 (AL4)	258
23.3.26 Competências académicas do aluno 4.....	258
23.3.27 Caraterísticas comportamentais do aluno 4.....	259
23.3.28 Relacionamento do aluno 4 com os pares	260
23.3.29 Contexto educativo onde está inserido o aluno 4.....	261
23.3.30 Práticas educativas adotadas com o aluno 4.....	261
23.3.31 Perfil de Funcionalidade do aluno 4.....	262
23.3.32 Respostas educativas fornecidas ao aluno 4.....	262
23.3.33 Caraterização geral do aluno 5 (AL5)	263
23.3.34 Competências académicas do aluno 5	264
23.3.35 Caraterísticas comportamentais do aluno 5.....	265
23.3.36 Relacionamento do aluno 5 com os pares	266

23.3.37 Contexto educativo onde está inserido o aluno 5	266
23.3.38 Práticas educativas adotadas com o aluno 5.....	267
23.3.39 Perfil de Funcionalidade do aluno 5	267
23.3.40 Respostas educativas (AL5)	267
23.4 Perfil do GPE	268
23.4.1 Caracterização dos participantes	269
23.4.2 Perfil do entrevistado.....	269
23.4.3 Estratégias a utilizar em sala de aula.....	271
23.4.4 Envolvimento parental	274
23.4.5 Abordagem multidisciplinar.....	278
23.4.6 Lacunas e sugestões de melhoria.....	286
23.4.7 Dificuldades e necessidades formativas	289
24 Discussão geral dos resultados.....	292
24.1 O conhecimento dos professores visto pelo QACP, EVDPP e entrevistas	293
24.1.1 Epidemiologia	294
24.1.2 Etiologia	295
24.1.3 Semiologia.....	298
24.1.4 Comorbilidades/problemas associados.....	299
24.1.5 Sinalização/encaminhamento/diagnóstico.....	300
24.1.6 Tratamento/intervenção	302
24.1.7 Fatores associados ao conhecimento da PHDA	304
24.1.8 Pontos que reforçam a necessidade de melhorar a formação dos professores.....	306
24.2 Impacto da PHDA em contexto escolar ao nível comportamental, social e académico	307
24.3 Práticas educativas adotadas com alunos com PHDA.....	311
24.3.1 Modelo de atendimento referente à sinalização/diagnóstico/intervenção	312
24.3.2 Estratégias de intervenção académicas utilizadas em sala de aula.....	319
24.4 Constrangimentos na docência de alunos com PHDA	322
25 Proposta de modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEAP)	323
25.1 Método.....	323
25.2 Medidas e procedimentos	323
25.2.1 Instrumentos	323
25.2.1.1 Modelo de atendimento à diversidade (MAD)	324
25.2.1.2 Decreto-lei Regional 15/2006	324
25.2.1.3 Portaria 60/2012.....	324
25.2.1.4 Educação Especial: manual de apoio à prática	324
25.2.1.5 Roteiro para a Educação Especial e Apoio Educativo.....	325
25.3 Modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEAP)	325
26 Obstáculos e barreiras	330
Conclusões.....	333
Limitações, implicações e sugestões	339
Referências	342
Anexos.....	409

Índice de Anexos

Anexo I: Pedidos de autorização	411
Anexo I ₁ – Pedido de autorização à Diretora Regional da Educação	412
Anexo II: Instrumentos de recolha de dados	419
Anexo II ₁ – Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP)	420
Anexo II ₂ – Escala Vanderbilt de Diagnóstico da PHDA para Professores (EVDPP)	421
Anexo II ₃ – Roteiro da entrevista.....	422
Anexo II ₄ – Organização geral da entrevista para análise de conteúdo	424
Anexo II ₅ – Grelha de análise e tratamento do material	425
Anexo III: Quadros	427
Anexo III ₁ : Versão original da escala vs. versão traduzida	428
Anexo III ₂ : Versão original da escala vs. versão retrotraduzida.....	429
Anexo IV: Tabelas.....	431
Anexo IV ₁ : Frequência diferenciada das questões com significado estatístico na variável formação específica em PHDA.	432
Anexo IV ₂ : Frequência diferenciada das questões com significado estatístico na variável experiência de ensino a alunos com PHDA	433
Anexo IV ₃ : Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, relativamente às afirmações de conhecimento geral da PHDA ^a	435
Anexo IV ₄ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação à etiologia da PHDA ^a	436
Anexo IV ₅ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação à etiologia da PHDA ^a	437
Anexo IV ₆ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação à sintomatologia da PHDA ^a	438
Anexo IV ₇ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação à sintomatologia da PHDA ^a	440
Anexo IV ₈ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados à PHDA ^a	441
Anexo IV ₉ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados à PHDA ^a	441
Anexo IV ₁₀ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação às comorbilidades/problemas associados à PHDA ^a	442
Anexo IV ₁₁ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados da PHDA ^a	442
Anexo IV ₁₂ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados da PHDA ^a	443
Anexo IV ₁₃ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação às comorbilidades/problemas associados da PHDA ^a . ..	445
Anexo IV ₁₄ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação à sinalização da PHDA ^a	446
Anexo IV ₁₅ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação à sinalização da PHDA ^a	447

Anexo IV ₁₆ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação à sinalização da PHDA ^a	447
Anexo IV ₁₇ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação ao preenchimento de escalas da PHDA ^a	447
Anexo IV ₁₈ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação ao preenchimento de escalas da PHDA ^a	448
Anexo IV ₁₉ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação ao preenchimento de escalas da PHDA ^a	448
Anexo IV ₂₀ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (contexto) da PHDA ^a	448
Anexo IV ₂₁ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (contexto) da PHDA ^a	449
Anexo IV ₂₂ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos critérios de diagnóstico (contexto) da PHDA ^a	450
Anexo IV ₂₃ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas) da PHDA ^a	450
Anexo IV ₂₄ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas) da PHDA ^a	451
Anexo IV ₂₅ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas) da PHDA ^a	451
Anexo IV ₂₆ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (idade) da PHDA ^a	451
Anexo IV ₂₇ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos critérios de diagnóstico (idade) da PHDA ^a	452
Anexo IV ₂₈ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos intervenientes no diagnóstico da PHDA ^a	452
Anexo IV ₂₉ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos intervenientes no diagnóstico da PHDA ^a	453
Anexo IV ₃₀ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação ao encaminhamento (especialistas) da PHDA ^a	454
Anexo IV ₃₁ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação ao encaminhamento (especialistas) da PHDA ^a	455
Anexo IV ₃₂ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação ao encaminhamento (especialistas) da PHDA ^a	455
Anexo IV ₃₃ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação ao encaminhamento (entidades externas) da PHDA ^a	455

Anexo IV ₃₄ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação ao encaminhamento (entidades externas) da PHDA ^a	456
Anexo IV ₃₅ : Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação ao encaminhamento (entidades externas) da PHDA ^a	456
Anexo IV ₃₆ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação às práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA ^a	456
Anexo IV ₃₇ : Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA ^a	457
Anexo IV ₃₈ : Descrição da amostra tratada com medicação	458

Índice de Esquemas

Esquema 1: A história da PHDA.....	83
Esquema 2: Trajetória desenvolvimental da PHDA nos casos persistentes.....	99
Esquema 3: Procedimentos básicos de avaliação e diagnóstico.....	104

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Sinalização da PHDA.....	171
Gráfico 2: Critérios de diagnóstico (contexto)	176
Gráfico 3: Critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas)	177
Gráfico 4: Critérios de diagnóstico (idade)	177

Índice de Quadros

Quadro 1: Encaminhamento para profissionais qualificados ^a	182
Quadro 2: Opinião dos professores em relação à inclusão dos alunos com PHDA numa turma do ensino regular ^a	191
Quadro 2.1: Opinião dos professores relativamente às vantagens da inclusão ^a	191
Quadro 2.2: Opinião dos professores no que respeita às condições necessárias à implementação de um modelo de inclusão bem sucedido ^a	194
Quadro 2.3: Opinião desfavorável dos professores em relação à inclusão de alunos com PHDA no ensino regular ^a	195
Quadro 3: Características sociodemográficas ^a	226
Quadro 4: Diagnóstico e problemas associados ^a	227
Quadro 5: Problemas na aprendizagem ^a	228
Quadro 6: Problemas comportamentais em sala de aula ^a	229
Quadro 7: Estratégias de tratamento/intervenção ^a	231
Quadro 8: Medidas de resposta educativa ^a	234
Quadro 9: Medidas de resposta educativa - Apoio Pedagógico	235
Personalizado ^a	235
Quadro 10: Medidas de resposta educativa - Adequações no processo de matrícula ^a ..	235
Quadro 11: Medidas de resposta educativa - Adequações	236
curriculares individuais ^a	236
Quadro 12: Medidas de resposta educativa - Adequações no processo de avaliação ..	236
Quadro 13: Medidas de resposta educativa - Adequações de Turma ^a	237
Quadro 14: Conhecimento das expectativas escolares dos pais ^a	276
Quadro 15: Comunicação com os pais ^a	277
Quadro 16: Estratégias de intervenção escola-casa ^a	278
Quadro 17: Existência de colaboração multidisciplinar escolar ^a	280
Quadro 18: Operacionalização de procedimentos multidisciplinares na escola ^a	282
Quadro 19: Operacionalização de procedimentos multidisciplinares fora do âmbito escolar ^a	283
Quadro 20: Atendimento escolar a alunos com PHDA (falhas) ^a	286
Quadro 21: Atendimento escolar a alunos com PHDA (recomendações) ^a	287
Quadro 22: Complexidade do ensino a alunos com PHDA ^a	290
Quadro 23: Componente formativa ^a	291

Índice de Tabelas

Tabela 1: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento acerca de informação geral/mitos	144
Tabela 2: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas	145
Tabela 3: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento acerca de informação geral/mitos	149
Tabela 4: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas	150
Tabela 5: Frequência das afirmações de conhecimento geral acerca da PHDA ^a	152
Tabela 6: Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, relativamente às afirmações de conhecimento geral da PHDA ^a	155
Tabela 7: Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às afirmações de conhecimento geral da PHDA ^a	156
Tabela 8: Frequência de respostas às afirmações relacionadas com a etiologia ^a	160
Tabela 9: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação à etiologia da PHDA ^a	163
Tabela 10: Frequência de respostas às afirmações relacionadas com a sintomatologia ^a	165
Tabela 11: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação à sintomatologia da PHDA ^a	166
Tabela 12: Frequência de respostas às afirmações relacionadas com comorbilidades/problemas associados ^a	168
Tabela 13: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (idade) da	178
Tabela 14: Frequência de respostas em relação aos agentes que participam no diagnóstico da	179
Tabela 15: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos intervenientes no diagnóstico da PHDA ^a	180
Tabela 16: Frequência das afirmações das práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA ^a	186
Tabela 17: Valores médios das quatro dimensões consideradas nas práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA ^a	189
Tabela 18: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação às práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA ^a	190
Tabela 19: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach para cada dimensão*	206
Tabela 20: Comparação dos grupos relativamente às classificações (disfuncionais) nos itens da EVDPP	208
Tabela 21: Correlações (Spearman) entre os grupos e as comorbilidades de PDO/PC e PA/PD ^a	212

Tabela 22: Correlações (Spearman) entre os grupos e os itens dos PA ^a	213
Tabela 23: Correlações (Spearman) entre os grupos e os itens dos PC ^a	215

Lista de abreviaturas e acrónimos

- AAP** – *American Academy Pediatrics* (Associação Americana de Pediatria)
ACID – Aritmética, Código, Informação e Memória de Dígitos
AEIA – Avaliação da Escola Inclusiva nos Açores
AL – Aluno
APA – American Psychological Association
APECDA – Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Autistas.
APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Diminuídas Mentais
Art.º – Artigo
ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale
CEEA – Centro de Educação Especial dos Açores
CERCIS – Cooperativas de Educação e Reabilitação dos Cidadãos Inadaptados
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
DA – Desempenho académico
DC – Desempenho comportamental
DEEB/DEES – Divisões do Ensino Especial do Básico e do Secundário
DL – Decreto-Lei
DLR – Decreto Legislativo Regional
DN – Despacho Normativo
DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)
EBI – Escola Básica Integrada
ECAE – Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos
EE – Educação Especial;
EEG – Eletroencefalograma
EEEPD – Escolas de Educação Especial de Ponta Delgada
EEEAH – Escolas de Educação Especial de Angra do Heroísmo
EUA – Estados Unidos da América
EVDPP – Escala Vanderbilt de Diagnóstico de PHDA para Professores
F – Falso
FDI – Freedom from Distractibility Index (Índice de resistência à distração – IRD)
FE – Funções executivas
FRC – Fundo Regional para a Ciência
GPA – Grupo de Alunos em Estudo
GPE – Grupo de Professores em Estudo
HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra
ICD – *International Classification of Diseases* (Classificação internacional de doenças – CID)
IDEA – *Individuals Disabilities Education Act*
IEP – *Individualized educational plan*
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social;
KADS – Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale
MAEAP – Modelo de Atendimento Escolar a Alunos com PHDA
MTA – *Multimodal Treatment of ADHD Study* (Tratamento multimodal)
NEE – Necessidades Educativas Especiais;
NEEP – Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente
NIMH – *National Institute of Mental Health*

N/S – Não sei
PA – Perturbação de Ansiedade
PACS – Parents Account of Children’s Symptoms
PAE – Perturbação de Aprendizagem Específica
PC – Perturbação de Conduta
PCE – Projeto Curricular de Escola
PD – Perturbação Depressiva
PDO – Perturbação Desafiante de Oposição
PEE – Projeto Educativo Escolar
PEI – Projeto Educativo Individual ou Programa Educativo Individual;
PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção;
PHDA-H/I – Apresentação hiperativa e impulsiva
PHDA-C – Apresentação combinada
PHDA-D – Apresentação desatenta
PI – Plano Individual
PIA – Processo Individual do Aluno
PR – Professor
QACP – Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA
RAA – Região Autónoma dos Açores
REE – Regime de Educação Especial
REDIP – Rede de Difusão Internacional do Português: rádio, televisão e imprensa
RT – *Reaction Time variability* (Variabilidade do tempo de reação – TR)
RTP – Relatório Técnico Pedagógico
S/ – Sem
SCAD – Pesquisa de Símbolos, Compreensão, Aritmética e Memória de Dígitos
SEELS – *Special Education Elementary Longitudinal Study*
SECSH – Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas, da Universidade do Minho
SPO – Serviços de Psicologia e Orientação
SRECC – Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura dos Açores
TCL – Tempo Cognitivo Lento
UE – União Europeia
UNECA – Unidades Especializadas com Currículo Adaptado
VARS – Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scales
V – Verdadeiro
WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças)

Introdução

“Admitindo que, em termos gerais, a educação que hoje é ministrada apresenta graves deficiências, que se faz necessário torná-la mais relevante e melhorar sua qualidade, e que ela deve estar universalmente disponível.”

(Preâmbulo da Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem)

Nos Açores, foi a partir do ano de 1998 que assistimos a uma grande reforma do sistema de educação especial (EE), até então inexistente. Foram criadas as primeiras escolas básicas integradas de caráter inclusivo, um passo essencial para que o sistema educativo encontrasse os meios necessários para a implementação do modelo de escola inclusiva atual. O caminho traçado permitiu perceber quais os problemas que tinham de ser solucionados, mas essencialmente criou condições para que fosse possível consolidar as orientações, em termos normativos, que dizem respeito, quer à EE quer ao apoio educativo. Foi neste sentido concebido o Decreto Legislativo Regional (DLR) n.º 15/2006/A de 7 de abril de 2006, diploma que veio estabelecer, na Região Autónoma dos Açores (RAA), o regime jurídico da EE e do apoio educativo (Luz et al., 2008).

A escola e a sociedade devem caminhar lado a lado (Dewey, 2002); são dois conceitos indissociáveis e que devem estar em harmonia, pois cabe à escola o desenvolvimento pleno de todos indivíduos que compõem a sociedade. Neste sentido, todas as possíveis alterações em cursos, métodos e programas educativos são um produto das mudanças na situação social e um esforço para satisfazer as necessidades da nova sociedade que está a formar-se. De facto, para a concretização deste desígnio, os professores, como figuras decisivas no desenvolvimento e expressão do desenvolvimento humano devem adotar métodos de ensino que potenciem as aptidões dos seus alunos e não limitem aquelas que são as suas capacidades individuais, resultantes das suas experiências sociais. Cabe a todos os agentes educativos, em particular aos professores, garantir que toda a criança com necessidades educativas especiais (NEE), independentemente da severidade da sua problemática, receba uma educação apropriada, pública e gratuita, de acordo com as suas características e necessidades específicas, seguindo os princípios consignados na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases do Sistema Educativo (1986) e no Decreto-lei (DL) n.º 3/2008 de 7 de janeiro,

assim como nos restantes documentos legais em vigor que proclamam que toda a criança deve frequentar a escola num registo de igualdade de oportunidades de acesso e de sucesso. Entre o grupo de alunos com NEE, estão os diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), um termo utilizado para explicar uma condição neurobiológica, disfuncional, pois afeta de forma evidente o controlo eficaz do comportamento e da atenção. É uma das problemáticas crónicas mais comuns da infância. Todas as crianças apresentam, em alguma circunstância, problemas na inibição da ação e de distração. Porém, as crianças com PHDA denotam sérias e frequentes dificuldades que afetam a sua qualidade de vida, entre as quais falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, e que atingem um impacto de nível superior quando iniciam o percurso escolar.

A literatura da especialidade (e.g., Cardoso, 2013; Fernandes, 2007; Lourenço, 2009) evidencia a necessidade premente de continuar a estudar esta problemática no nosso país, principalmente em contexto escolar, nomeadamente devido a: (i) informação reduzida da PHDA; (ii) conceções erróneas sobre esta perturbação; (iii) dificuldade em lidar com um aluno com PHDA, na perspetiva de uma escola inclusiva; (iv) vasto leque de problemas apresentados pelos alunos com PHDA (comportamentais, académicos e sociais); (v) danos para o próprio, para os pares e para o professor; (vi) ausência de formação específica sobre PHDA para os professores.

Neste quadro, esta investigação procura ser mais um contributo para a garantia de um ensino inclusivo, que visa dotar os professores de mais e melhores ferramentas para promover um ensino igualitário, que respeita todos os seus alunos, assegurando, concomitantemente, a implementação de um conjunto de práticas educativas ajustadas a este tipo de população.

A principal tónica do nosso trabalho empírico foi efetivamente compreender se os docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico da ilha de São Miguel estão preparados para lecionar a alunos com PHDA, sendo desta forma um fiel testemunho das práticas educativas decorrentes das políticas inclusivas vigentes na legislação regional e nacional para o atendimento a crianças com NEE. Para Ferreira (2007) (...) “a exequibilidade das propostas inclusivas depende muito daquilo que os professores – enquanto elementos-chave do processo educativo – conseguem, efetivamente, fazer nas suas salas de aula” (p. 9).

A dissertação que aqui se apresenta divide-se em três partes distintas, mas complementares. Cada uma das partes, e por uma questão de organização, encontra-se decomposta por capítulos e subcapítulos.

A primeira parte da investigação dedica-se sobretudo à área de especialização; compreende um capítulo que se inicia com a contextualização histórica da educação especial, nele se

revisitam marcos, conceitos, documentos e ideologias importantes, em particular focam-se os movimentos de segregação, integração e inclusão, e destacam-se documentos e normativos legais com relevância internacional nesta área (e.g., a lei PL 94/142, o *Warnock Report* ou a Declaração de Salamanca). Posteriormente faz-se uma alusão à evolução da educação especial em Portugal, explicando de que forma se acompanharam os acontecimentos e tendências que foram surgindo noutros países e finaliza-se com uma descrição da realidade dos Açores nesta matéria.

Na segunda parte encontramos dois capítulos de revisão literária acerca da PHDA. No capítulo II, designado “Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção dimensões essenciais”; iniciamos com a explicação da sua história científica, seguindo-se a exploração de conceitos importantes para a compreensão holística da problemática, nomeadamente: a epidemiologia; a etiologia; a semiologia, comorbilidades e problemas associados; a trajetória de desenvolvimento, a avaliação e diagnóstico; e o tratamento e intervenção em contexto escolar. No capítulo III, intitulado “um problema no horizonte: a busca de respostas”; apresenta-se o estado de arte do conhecimento dos professores em relação à PHDA e das práticas educativas adotadas no âmbito desta perturbação; e finalizamos com a problematização da investigação.

A terceira e última parte desta dissertação incide sobre o estudo empírico propriamente dito. A sua divisão em seis subcapítulos principais (cada qual com diferentes tópicos) justifica-se com a realização de dois estudos e reflete as diferentes fases do trabalho até às considerações finais, respetivamente: paradigma e metodologia da investigação; questões de partida, levantamento prévio de dados; estudo 1 – abordagem quantitativa; estudo 2 – abordagem qualitativa; discussão geral dos resultados; a proposta de modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEAP); e os obstáculos/barreiras à implementação de uma filosofia inclusiva nas escolas.

Esta dissertação finaliza com um epílogo (seguido da descrição das limitações, implicações e sugestões) onde se retrata todo o percurso realizado: as aprendizagens, os percalços, os resultados, as conquistas, as fraquezas, mas acima de tudo o contributo que esta investigação poderá ter na promoção de uma escola inclusiva, que visa preparar os professores para um acompanhamento profícuo dos seus alunos, especialmente os que apresentam PHDA.

“If we could first know where we are and whither we are tending, we could better judge what
to do and how to do it.”

(A house Divided, Abraham Lincoln, 1958)

Parte I

A Educação Especial e o seu trajeto em Portugal

Capítulo I

A Educação Especial: contextualização histórica

“O direito à educação especial é, acima de tudo, um princípio inquestionável que emana da própria virtualidade da condição humana, que requer e exige - no âmbito das suas circunstâncias particulares – melhorar e potenciar da melhor forma possível a condição essencial de cada um” (Ciordia, 2002, p. 130).

1 Nota introdutória

Desde os primórdios da humanidade que existem indivíduos com incapacidades físicas e/ou mentais congénitas ou adquiridas (Toledo, 1989). Contudo, a forma como a sociedade foi lidando com as pessoas com algum tipo de deficiência está ligada a fatores económicos, culturais e sociais inerentes a cada época (Bairrão, Felgueiras, Fontes, Pereira, & Vilhena, 1998). Certo é que a relação entre as diferentes comunidades e os sujeitos com incapacidade nunca foi pacífica e continua a ser hoje objeto de profunda reflexão, principalmente no âmbito educacional, que é o que este trabalho procura retratar.

Não existe unanimidade na terminologia utilizada nos diferentes países e épocas para referenciar este grupo da população, nem nas diferentes abordagens educativas e intervenções pedagógicas. Assim, encontramos designações como Pedagogia Curativa, Pedagogia Corretiva (“Remedial Teaching”) ou até Educação para Crianças Excepcionais (Lopes, 1997). No entanto, é o termo educação especial (EE) que tem sido comumente utilizado para identificar um tipo de pedagogia diferente da praticada no ensino regular e que se desenrolaria paralelamente a esta, sendo a criança a quem era diagnosticada uma deficiência, ou incapacidade, segregada para uma unidade educativa específica (Jiménez, 1997).

Não obstante, esta visão desagregada no ensino de crianças “especiais” felizmente foi dando lugar a uma aproximação cada vez mais real e sólida de uma escola para todos, cujo lema “todos diferentes todos iguais” foi ganhando consistência.

Assim, a EE passou a ser dirigida aos alunos com algum défice, mas também aqueles que, pelas suas características excepcionais, estariam acima dos ditos normais, alargando o âmbito da

sua intervenção a todos aqueles que, por defeito ou excesso, haveriam de participar em programas especiais de inclusão no ensino regular.

Mudam-se concepções, atitudes e comportamentos; assim passa a não ser o aluno com dificuldades que se deve adaptar à escola, mas será esta que, através do seu projeto educativo deverá oferecer condições para a explanação das capacidades de cada aluno, independentemente das suas especificidades. Esta mudança de paradigma pressupõe alterações transversais a toda a comunidade educativa, com particular ênfase para os professores, que necessitam ser sensibilizados para uma nova realidade, mas também de mais formação, recursos e infraestruturas adequadas ao desempenho pleno das suas “novas” funções. Surge então um novo modelo de EE alicerçado em legislação própria e a promoção de uma escola inclusiva.

2 História da Educação Especial

A história da EE é o conjunto das memórias e relatos que servem como base para o seu campo de pesquisa. A pesquisa histórica, por vezes, revela percepções anteriormente negligenciadas (Smith, 1998).

De um modo global, as mudanças que se vão produzindo decorrem de um conjunto de fatores de ordem política, social, económica, judicial, científica e humanitária, sendo que as forças impulsionadoras de mudança nascem de movimentos de amplitude mundial e de outros mais restritos e circunscritos ao momento histórico que cada país vive (Felgueiras, 1994).

Durante este percurso, muitas crianças e jovens com NEE receberam um tratamento desigual no sistema de educação público. Apenas no início do século XX, com a promulgação de leis obrigatórias nos diferentes estados, começaram a surgir oportunidades educacionais para esses alunos. A partir daí assiste-se a um aumento da admissão desta população nas escolas públicas, sendo que, porém, muitos destes alunos não receberam uma educação adequada e eficaz (Yell, Rogers, & Rodgers, 1998).

Para obtermos uma visão geral da forma como se tem processado ao longo do tempo o atendimento a pessoas com deficiência (sempre que possível, mas essencialmente depois de abordarmos o *Warnock Report*, este termo é substituído por NEE), torna-se pertinente contextualizar a história da EE. Esta revisão permitirá relembrar estratégias adotadas no passado e olhar os desafios e caminhos para a EE contemporânea e futura.

Por uma questão de organização e melhor compreensão decidiu-se dividir esta resenha histórica em cinco momentos distintos, a que denominamos: antecedentes; primeiros percursores da Educação Especial; o período da institucionalização; normalização: da segregação à integração; e, por fim, das necessidades educativas especiais à educação inclusiva: cruzando palavras e conceitos. Far-se-á uma abordagem a cada um destes períodos tendo como premissa o tipo de educação vigente em cada uma destas épocas, embora tal divisão não seja linear, pois apesar do movimento dominante em qualquer um destes momentos históricos é sempre possível encontrar outras perspetivas e práticas.

Posto isto, faz-se um resumo acerca do percurso da EE em Portugal e particulariza-se com a descrição da EE nos Açores.

2.1 Antecedentes

Durante um largo período da história da humanidade a deficiência andou elencada a crenças demoníacas e supersticiosas, cujo reflexo se traduziu numa marginalização extrema.

O pensamento mágico-religioso (e.g., as divindades, o movimento e o poder dos astros) era explicação para muitos dos acontecimentos que ocorriam, inclusivamente para a deficiência (Leitão, 1984). Encontramos nesta fase duas formas de encarar a deficiência: a veneração e a aniquilação. Por exemplo, pensava-se que o cego era possuído por um qualquer espírito maligno e que quem lhe fizesse mal seria punido pelos deuses. Em algumas sociedades, como a egípcia, havia a ideia de que o cego tinha uma visão sobrenatural baseada numa capacidade para comunicar com os deuses e, por isso, divinizavam-nos. Por sua vez, para obterem a proteção dos astros, os gregos e os romanos aniquilavam os deficientes. A condenação à morte era legal e até defendida por alguns ilustres da época (e.g., Platão e Aristóteles). Havia, no entanto, em cidades gregas e romanas, alguns casos em que os deficientes eram venerados (e.g., Homero). Estes eram considerados pessoas com muita sabedoria, que falavam dos mistérios da vida e da morte, dos deuses, que contavam histórias e que cantavam. Este último costume originou mais tarde a figura do “bobo da corte” (Pereira, 1984).

Nas sociedades antigas era comum o infanticídio, quando se detetavam anormalidades nas crianças. Durante o período da Idade Média, a Igreja condenou o infanticídio, afirmando que as anormalidades de que padeciam as pessoas se deviam a causas sobrenaturais e então submetia-as a práticas de exorcismo (Toledo, 1989).

A abolição do infanticídio verificada na legislação de muitas sociedades não foi contudo acompanhada de uma evolução em relação aos direitos dos deficientes (e.g., não podiam

herdar ou exercer qualquer cargo). A título exemplificativo, na Pérsia, uma das formas de impedir um sujeito de chegar ao trono consistia em cegá-lo.

Paulatinamente vai-se enraizando uma atitude marcadamente protecionista do deficiente, que se iniciou com o desenvolvimento das religiões monoteístas. Com efeito, verifica-se que as primeiras práticas de índole educativa adotadas com esta população estão associadas à Igreja Católica (Pereira, 1984).

2.2 Primeiros percursos da Educação Especial

Os primeiros registos acerca da educação de pessoas com algum tipo de deficiência surgiram apenas no final do século XVI, com o frade Pedro Ponce León. Este monge espanhol decidiu demarcar-se da tese de Aristóteles de que os surdos nunca poderiam aprender. Desta forma, levou a cabo, no mosteiro de Onã, a educação de 12 crianças surdas com surpreendente êxito, ensinando-as a falar, ler e escrever. A sua experiência contribuiu decisivamente para questionar os mais cétricos em relação às possibilidades de aprendizagem dos sujeitos portadores de surdez e inspirou outros estudiosos na defesa desta causa.

Foi o caso de Jean Pablo Bonet, que em 1620 publicou o livro “Redução das Letras e Arte para Ensinar a Falar os Mudos”, e de Charles Michel de LÉpée, uma das personalidades mais marcantes da história do trabalho desenvolvido com os surdos. Em 1760, este abade (i.e., uma figura bastante popular na época, cujo estatuto conferia a possibilidade de exercer certos trabalhos religiosos, como ser tutor de crianças e conselheiro espiritual exclusivo de famílias ricas), fundou em Paris a primeira escola pública para crianças com deficiência auditiva (Winzer, 1993).

Mais tarde, em 1784, um homem associado a Charles Michel de LÉpée, com formação enciclopedista de Voltaire e Rousseau, de seu nome Valentin Haüy, decidiu fundar uma instituição para cegos em Paris, onde criou um método de aprendizagem da leitura para meninos cegos, baseado em letras de relevo moldadas em madeira. Um discípulo seu, e aluno desta instituição, Luis Braille, aprimorou o que Haüy havia feito e desenvolveu o sistema de leitura e escrita, algo que ainda é utilizado nos nossos dias com indubitável sucesso em todas as partes do mundo e que é conhecido por *Sistema de Braille*¹ (Batista, 2000).

¹ O sistema de Braille foi introduzido em 1854 (Batista, 2000).

Estava instaurada nesta altura uma atenção cada vez mais evidente às pessoas com deficiência, que se acentuou em 1798², quando um menino com cerca de doze anos (a quem foi dado o nome de Vitor) foi encontrado por três caçadores nas florestas da região francesa de Aveyron, e que havia crescido junto dos animais, desprovido de qualquer convivência humana. Depois de levado a Paris, Felipe Pinel, conhecido por mandar os loucos para os manicómios, mas também por ter empreendido o tratamento médico dos atrasados mentais e escrito os primeiros estudos acerca desta especialidade, declara-o como um “idiota irrecuperável”, incapaz de aprender. Contudo, Jean Marc Gaspard Itard, discípulo de Pinel, decidiu contrariar a sua decisão e adotou o menino, tentando ensiná-lo e civilizá-lo. Desta forma desenvolveu um programa para a reeducação do “menino selvagem” descrito na obra “L’Enfant Sauvage d’Aveyron” e que se tornou um clássico na história da educação de pessoas com deficiência intelectual (DI) (Gonçalves & Peixoto, 2015).

Apesar dos fracassos enunciados por Itard nos esforços feitos com Vitor, salientam-se mudanças substanciais no comportamento desta criança e a aquisição de algumas competências, entre as quais a aquisição da leitura e escrita, ainda que de forma rudimentar. Mas, mais importante que tudo, fica, pela primeira vez, testemunhado que um treino persistente podia trazer conquistas efetivas (Cordeiro & Antunes, 2010; Lajonquière, 1992). Foram então desenvolvidas muitas instituições pedagógicas por Itard, que haveriam de ser prosseguidas e ampliadas por estudiosos noutros locais (e.g., Édouard Séguin, nos Estados Unidos da América). Antes de nos referirmos a Séguin, importa, previamente, realçar os trabalhos de Voisin (discípulo de Esquirol), nomeadamente a sua obra publicada em 1830, “Application de la physiologie du cerveau a l’étude des enfants qui necessitent une éducation spéciale”, que retrata o seu estudo em relação ao tipo de educação necessária para crianças com DI.

Agora sim, uma referência especial a Édouard Séguin, considerado um dos autores mais influentes da psicologia e da EE, por demarcar-se de um modelo puramente médico e assistencial (preconizado por Voisin, com quem privou no hospital Bicêtre), para um método educativo, o qual designou de método fisiológico. Em 1846 publica a sua principal obra, intitulada “Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés” (Ciordia, 2002). Acima de tudo, era um excelente observador, as suas descrições das “crianças idiotas”, uma definição que se enquadra no que agora se denomina de perturbações do desenvolvimento, são de tal forma inovadoras e fidedignas, que se assemelham às

² Esta data não é consensual, alguns autores apontam o ano de 1797 (e.g., Pereira & Galuch, 2012).

classificações atuais da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). No final da sua carreira direcionou a sua investigação para a educação das crianças ditas “normais”, trabalho que foi mais tarde aproveitado por Maria Montessori, com reconhecido mérito ainda na atualidade (Constant, 2014).

2.3 O período da institucionalização

O surgimento da EE dá-se apenas entre os finais do século XVIII e princípios do século XIX, com a criação de instituições especializadas para os diferentes tipos de NEE (sobretudo para as pessoas portadoras de deficiência sensorial) (Miranda, 2004).

As transformações sociais decorrentes da revolução industrial e a obrigatoriedade do ensino, na maior parte dos países europeus, levaram à criação de instituições dirigidas ao atendimento de indivíduos com incapacidades físicas, psíquicas e sociais (Sanchez, 1994). Na realidade, o recurso a tais instituições seria uma forma generalizada de atendimento que incorporava vários setores “excluídos” da sociedade (e.g., deficientes, prostitutas, crianças órfãs, sem abrigo, etc.) (Ferreira, 2007).

Passa a existir uma consciencialização, por parte da sociedade, da imperiosa necessidade de fornecer ajuda a estas pessoas, no entanto, era prestado um apoio de caráter mais assistencial do que propriamente educativo.

Nesta época (início do século XIX) vigorava a ideia de que o deficiente constituía uma ameaça à sociedade e que a mesma não estaria preparada para o acolher. O resultado desta ideologia foi a separação, segregação e discriminação (Jiménez, 1997).

Foram assim abertas instituições longe das cidades, com espaços verdes e fora da curiosidade promíscua das pessoas. Desta forma se tranquiliza a consciência coletiva, pois estava a ser consagrada assistência a quem precisava, sem que a presença dos incapacitados constituísse um fardo para a sociedade, que com eles teriam de conviver se assim não fosse (Toledo, 1989).

Estes locais eram concebidos para propiciar uma qualidade de vida digna a estas pessoas e a valorização da componente educativa era diminuta (Ferreira, 2007).

A colocação destes sujeitos em instituições irá prolongar-se até meados do século XX. Segundo Ciordia (2002), tal deveu-se aos seguintes aspetos: (i) o alarme eugénico, provocado sobretudo pelo surgimento de algumas teorias evolucionistas e outros estudos genéticos (e.g., “Inborn Errors of Metabolism”, “The Kallikaks”); (ii) alguns psiquiatras propagaram a ideia de que o deficiente era considerado um elemento perturbador e antissocial que, além disso,

seria particularmente fecundo em virtude da sua sexualidade incontrolada e que a DI seria um meio de propagação de outras doenças crônicas e/ou problemas (e.g., vandalismo, prostituição); e (iii) o uso e abuso da psicométrica desde o começo do século XX (essencialmente até aos anos 70).

Não obstante esta evidência, ainda não estava instaurado de forma generalizada o atendimento a crianças com NEE em instituições apropriadas para o efeito e já começavam a surgir vozes discordantes e os primeiros esboços da desinstitucionalização (Dorn & Fuchs, 1996).

Em 1810, Johann Wilhelm Klein, promove uma campanha para a inserção dos alunos cegos nas escolas do ensino regular. Na sequência deste desígnio, o governo da baixa Áustria emite um decreto no qual reconhece que as pessoas com cegueira são educadas em ambientes institucionais nada favoráveis ao seu pleno desenvolvimento e estabelece a necessidade destes alunos serem transferidos para as escolas regulares pertencentes às suas comunidades (Toledo, 1989).

A discordância com a institucionalização ganhou outros contornos em 1830, quando o médico inglês John Conolly, acérrimo defensor da medicina social, publicou um livro com o subtítulo “Com sugestões para um melhor proteção e tratamento do doente mental”, que viria a ser revolucionário para a época. Entre alguns conceitos expostos neste livro, Toledo (1989) destaca os seguintes: (i) “a DI não é por si só a razão para o isolamento; (ii) cada manicômio deve converter-se numa escola de instrução para estudantes de medicina e um lugar de educação para doentes; (iii) cada manicômio deve preocupar-se pelo bem-estar do doente na comunidade, em colaboração com os médicos de medicina geral” (p. 21-22).

Acima de tudo, tais reflexões despertaram a consciência de que o problema dos DI e, por similitude, das pessoas com NEE, não se circunscreve ao domínio médico, devendo ser também analisado nas dimensões social, económica e política.

Uma das oposições mais veementes em relação à institucionalização surge nos Estados Unidos da América, em 1898, através de Alexander Graham Bell. Este defende a teoria de que as crianças com NEE devem ser educadas em escolas especiais alojadas nas suas comunidades e nunca levados para internatos ou instituições. É nesta fase que se forma a *National Education Association*, que haveria de dar lugar em 1902 ao Departamento de Educação Especial, nos Estados Unidos (Toledo, 1989).

Por volta da segunda metade do século XIX existem já duas correntes distintas: por um lado a proclamação de um tratamento exclusivamente médico e assistencial e por outro a linha educativa de Itard, baseada, essencialmente, numa pedagogia curativa e reabilitadora (Sanchez, 1994).

2.4 Normalização: da segregação à integração

Pelos factos anteriormente expostos, não será difícil perceber que os princípios da EE, até então, se basearam numa lógica de separação dos sujeitos que deste tipo de ensino necessitavam.

Ao longo do século XX, assistiu-se ao início da obrigatoriedade e prolongamento do ensino básico. Esta medida tornou mais evidente a dificuldade de muitos alunos, especialmente aqueles com algum tipo de NEE, em seguir um currículo obrigatório comum nas suas diferentes áreas. Estes estudantes eram incapazes de acompanhar a restante classe e conseguir atingir um rendimento igual ou próximo dos colegas da sua idade (Jiménez, 1997).

Nas primeiras décadas (acentuando-se nos anos 50), o modelo médico prevalece no campo da educação, traduzido, principalmente, pelo cuidado em classificar e diagnosticar em detrimento de educar. Nesta altura, entendia-se a deficiência como uma doença, sendo as crianças classificadas em diferentes categorias nosográficas, para posterior intervenção terapêutica e/ou educativa (Veiga, Dias, Lopes, & Silva, 2000).

Surge assim uma pedagogia distinta, cimentada no nível da capacidade intelectual e classificada consoante o quociente de inteligência. O principal propósito seria identificar os alunos que denotavam dificuldades em acompanhar o ritmo dos restantes colegas para colocá-los em locais separados e educacionalmente favorecidos.

Nesta lógica, Binet e outros estudiosos da psicometria tiveram uma contribuição essencial para a seleção exclusiva e segregada destes alunos. Alfred Binet concentrou esforços ao longo de muitos anos na tentativa de descrever e construir os procedimentos adequados para a avaliação das capacidades intelectuais. O seu trabalho culmina com a construção (em 1905) de uma escala de inteligência em parceria com Simon (*Binet – Simon intelligence scale*). Fruto do trabalho desenvolvido crê que existem vantagens em recorrer a medidas diretas de inteligência e argumenta que a compreensão, o raciocínio e a invenção fundam os aspetos capitais da aptidão mental humana, cuja análise seria inconcebível com o recurso a provas perceptivo-sensoriais ou de tempos de reação, tese defendida até então. As décadas subsequentes vieram a determinar uma multiplicidade de estudos relacionados com a inteligência, a sua conceptualização e avaliação (e.g., os trabalhos de Terman, Spearman, Thurstone e, entre a década de vinte até setenta, as inúmeras publicações de Wechsler, entre as quais a WISC - *Wechsler Intelligence Scale for Children*, datada de 1949) (Boake, 2002).

Sem querermos alongar demasiado o estudo da psicométria, importa, no entanto, referir que os testes de inteligência influíram muitas das políticas educativas assumidas desde a sua criação e proliferação.

A colocação do enfoque na atribuição de um determinado valor correspondente à capacidade intelectual dos sujeitos – considerada inata e imutável – concorreu para a acentuação de uma política altamente segregadora, em que eram fomentadas crenças relacionadas com o potencial de aprendizagem das crianças, sendo as mesmas rotuladas em função de um número e excluídas do ensino regular.

É nesta época que os médicos adquirem protagonismo e assumem um papel deliberativo nos processos de avaliação, diagnóstico e referência. Apoiados nos sistemas de Classificação das principais categorias e subcategorias das NEE, bem como em critérios de medida, ficam incumbidos de determinar clinicamente os diferentes graus de NEE centrados exclusivamente no sujeito e descurando completamente os fatores, por vezes decisivos, de natureza ambiental (Veiga et al., 2000).

As escolas especiais ganham desta forma especial relevo, proliferam e diferenciam-se em função das diferentes categorias ou quadros nosográficos (e.g., cegueira, surdez, deficiência mental, motora, etc.). Paralelamente às escolas especiais surgem ainda outras formas de atendimento dirigido aos alunos com dificuldades de aprendizagem ou repetido insucesso escolar, como os semi-internatos e as classes especiais dentro das escolas regulares (Armstrong, 2002).

Nesta fase da EE, cujo pendor é marcadamente médico-terapêutico, reconhece-se a necessidade e o direito à educação especializada e à reabilitação. Porém, e não descurando a evidente preocupação em ensinar estes alunos, cuja intervenção resultava de um diagnóstico médico-psicopedagógico, a sua colocação nas diferentes modalidades de ensino acima descritas (com programas especializados, ministrados por docentes com formação especial e inseridos em classes com menos alunos), por si só traduz a política segregadora que nesta época prevalecia.

O conceito de segregação está, pois, associado à distinção dos locais onde o ensino era proporcionado, tendo sido determinante para promover a escola como um mecanismo de seleção social. Com efeito, progressivamente foi-se tomando consciência de que a maioria das crianças que frequentavam esta modalidade de ensino era oriunda de meios socioeconómicos desfavorecidos, de minorias étnicas ou de grupos em desvantagem, evidências que comprometeram os mecanismos de avaliação/diagnóstico subjacentes ao paradigma médico vigente, e que alertaram para outros fatores inerentes às políticas educativas adotadas, como

alguma desresponsabilização dos professores do ensino regular na educação destes “alunos problemáticos” (Felgueiras, 1994).

Simultaneamente, as expressivas transformações sociais e tecnológicas decorrentes da Segunda Guerra Mundial, assim como, em 1921, a Declaração dos Direitos da Criança e, em 1948, a Declaração dos Direitos do Homem, alteraram a ideologia dominante pelo paradigma da normalização (Lopes, 1997). A segregação, até aí inabalável, começa a ser posta em causa. Sendo assim, foi com naturalidade que na década de 40 na Dinamarca, se iniciou um movimento de normalização como forma de protesto para com as escolas segregadas. Em 1959, o governo dinamarquês incluiu na sua legislação³ o conceito de “normalização” entendido por Bank-Mikkelsen, diretor de serviços para Deficientes na Dinamarca, como “letting the mentally retarded obtain an existence as close to the normal as possible” (Wolfensberger, Nirje, Olshansky, Perske, & Roos, 1972, p. 27).

A partir da década de sessenta, a crescente consciencialização dos efeitos nefastos e estigmatizantes do sistema paralelo de EE, acelerou a expansão de movimentos pró-direitos sociais (com maior expressão nos países nórdicos), que contribuíram para a redefinição da EE e alteração do quadro legal (nos diferentes países), tendo em vista a abolição das modalidades educativas de cariz segregador (Stainback & Stainback, 1996).

Nesta fase surgem movimentos de normalização liderados pelo sueco Bengt Nirje, no sentido de (...) “making available to the mentally retarded patterns and conditions of everyday life which are as close as possible to the norms and patterns of the mainstream of society” (Nirje, 1994, p. 19).

Nas palavras de Nirje a normalização, entre outras coisas, significa:

“(...) a normal rhythm of day for the retarded. It means getting out of bed and getting dressed even when you are profoundly retarded and physically disabled. It means eating under normal circumstances: sometimes, during the span of the day, you may eat in large groups, but mostly eating is a family situation which implies rest, harmony, and satisfaction. A normal daily rhythm also means not having to go to bed earlier than your younger sisters and brothers, or not too early because of lack of personnel. Facilities must also give consideration to the individual's need for a personal rhythm, allowing him to break away occasionally from the routine of the group” (Nirje, 1994, p. 19).

Como será fácil de depreender pelo texto acima descrito, Nirje entende o conceito de normalização de uma forma holística, um programa de vida que tem como principal objetivo

³ Conhecida como a lei Danesa (Lopes, 1997).

diminuir as diferenças entre as pessoas com DI e a restante sociedade, uma aproximação a uma vida tão normal quanto possível.

Para Nirje, contrariamente à explicação danesa proposta por Bank-Mikkelsen, o princípio da normalização deve ser aplicado a todas as pessoas com deficiência, independentemente do nível de severidade (i.e., leve, médio ou profundo), ou do local onde vivem (se em casa dos pais ou juntamente com outros deficientes). Esta redefinição do conceito contribuiu para a promulgação da “Lei de Normalização” aprovada pelo parlamento sueco em 1968 (Lopes, 1997).

A partir daqui, o conceito de normalização propala-se por toda a Europa (principalmente em Inglaterra, França e Itália), Canadá e América do Norte. A sua generalização no meio educativo, como se verá adiante, vai desencadear a substituição de práticas segregadoras por experiências integradoras, dando impulso a um novo movimento designado de integração.

Em 1972, Wolfensberger publica no Canadá o primeiro livro acerca do princípio de normalização da vida, ajustável a qualquer pessoa com deficiência. Wolfensberger define a normalização como “utilization of means which are as culturally normative as possible, in order to establish and/or maintain personal behaviors and characteristics which are as culturally normative as possible” (Wolfensberger et al., 1972, p. 28).

Com esta nova conceção, o autor pretende, fundamentalmente, salientar que o princípio da normalização é “culturalmente específico”, pois todas as sociedades têm normas distintas; e que qualquer pessoa com comportamentos ou características (potencialmente) desviantes (fora do padrão) se poderá ajustar a estas especificidades culturais.

Seria nos Estados Unidos, em 1975, que surgiria um marco decisivo no movimento das ideias e na integração da EE no sistema geral de ensino. Referimo-nos à promulgação da lei PL 94/142 (“Education for All Handicapped Children Act - Public Law 94-142”, hoje designada por IDEA – “Individuals with Disabilities Education Act”), que defende a necessidade de uma escolarização universal e gratuita para as crianças com NEE⁴ junto dos seus pares (Martin, Martin, & Terman, 1996).

A importância da PL. 94-142 não deriva, exclusivamente, do direito atribuído às crianças com NEE de terem “uma educação apropriada num meio menos restritivo possível”, mas simultaneamente da circunstância de legislar uma panóplia de procedimentos e configurações que visam tornar possível um tal atendimento educativo (salvaguardando neste aspeto algumas *nuances* para os casos das crianças com necessidades severas). Esta lei expõe quatro

⁴ A Lei PL. 94-142 foi aplicável apenas para os alunos com NEE que tinham suficiente autonomia para acompanhar as exigências académicas e sociais da sala de aula do ensino regular (Connor & Ferri, (2005).

elementos principais do ensino integrado, nomeadamente: “ (1) o direito a uma educação pública adequada, por outras palavras, um ensino adequado para todos; (2) o direito a uma avaliação justa e não discriminatória, o que implica a existência de instrumentos de avaliação adequados sob o ponto de vista linguístico, cultural e psicométrico; (3) o direito aos pais de recorrer à autoridade judicial quando as recomendações da integração não forem observadas; e (4) o estabelecimento de um Plano Educativo Individual” (Bairrão et al., 1998, p. 22).

Por sua vez, um dos principais documentos de referência a nível internacional é publicado em 1978, no Reino Unido, o “Warnock Report”. Este documento preconiza a expansão da EE, alegando que uma em cada cinco crianças precisa desta modalidade de ensino. É a partir deste momento que surge o conceito de NEE⁵, que intenta desvalorizar o estigma da deficiência/*déficit* e enaltecer as necessidades educativas que o sujeito denota. Com este documento novas perspetivas de ensino são assumidas em relação às crianças com NEE e a outras que, por algum motivo, também estariam em situação de desvantagem e excluídas do sistema de educação. Assiste-se a uma mudança do paradigma médico para um modelo psicopedagógico e conseqüente alteração da nomenclatura, propondo-se o termo genérico de NEE em substituição ao de deficiência. Ao incluir o conceito de NEE, este relatório sugere que as dificuldades escolares destas crianças e adolescentes não sejam analisadas de acordo com o seu quadro clínico, através de critérios médicos, mas antes em função de critérios educativos (e.g., currículos), mais condizentes com as reais dificuldades que manifestam. Foi igualmente defendido que não era exequível, nem aconselhável, procurar agrupar crianças em grupos homogêneos e que ao invés seria recomendável, sempre que possível, que as escolas e as classes regulares recebessem a generalidade das crianças (Costa, 1996). As práticas educativas que sustentaram a apresentação deste relatório resultaram em modificações, mais ou menos evidentes, nos sistemas educativos de diversos países.

No entanto, somente em 1981, em Inglaterra, se dá a definição oficial do conceito, consagrada no “Education Act”, declarando-se que uma criança necessita de EE se tiver alguma dificuldade de aprendizagem que requeira uma medida educativa especial (Sanchez & Teodoro, 2006).

Em suma, poderemos aferir que, subjacente ao conceito de normalização, está o princípio de normalidade entre todos os indivíduos da sociedade e que a mesma deve aceitar os “diferentes” como seus iguais. No plano educativo veicula-se a ideia de que todas as crianças

⁵ O termo necessidades educativas especiais deriva da palavra inglesa “special education needs”, conceito que foi introduzido no Reino Unido por Mary Warnock, cientista que coordenou o “Committee of Enquiry in to the Education of Handicapped Children and Young People”, e cujas investigações resultaram na publicação do Warnock Report (Warnock, 1978).

com NEE devem receber uma educação no “meio o menos restritivo possível”, com o intuito de lhes garantir o máximo de normalização (Felgueiras, 1994).

Assiste-se assim a uma mudança de direção que aponta para a desinstitucionalização e um decréscimo da aposta nas escolas especiais, pese embora surjam opiniões divergentes. Com efeito, neste período emanam duas correntes na forma de como se encara a EE: a conceção da integração de crianças com NEE nas classes regulares, frequentando o sistema normal do ensino, e a educação separada destas crianças, em escolas de ensino especial, embora participando ativamente na sociedade.

Os defensores da integração escolar argumentam a redução de custos do atendimento, a promoção da individualização do ensino em todas as etapas da educação, o desenvolvimento da criança no seu todo (abrangendo as áreas emocional e de socialização) e criticam o isolamento destas crianças, declarando que a permanência em ambientes protegidos promove a rejeição de si próprios e dificulta a integração social (Ferreira, 2007).

Por seu turno, os partidários da perspectiva segregada de ensino defendem que a integração destas crianças no ensino regular, por si só, não é a solução para o problema.

Em função do avultado número de alunos e da sua heterogeneidade, os professores do ensino regular, por mais preparados que estejam, não conseguem respeitar os princípios da individualização do ensino e da interação individual, pois são confrontados com a difícil tarefa de respeitar os ritmos e necessidades individuais de todos os seus alunos, no plano cognitivo, afetivo e psicomotor. Acrescentam ainda que, muitas vezes, dados os seus *handicaps*, estas crianças são beneficiadas em termos avaliativos, o que efetivamente contribui para a sua precária preparação e acarreta consequências nefastas para a sua vida futura, em particular a entrada no mundo do trabalho (Ferreira, 2007). Contudo, de um maneira geral, considerou-se que opção pelas escolas especiais era ideologicamente inadequada e que as crianças com NEE deveriam ser inseridas nas classes regulares, tendo como base os seguintes argumentos: (a) os alunos eram mais parecidos do que diferentes, sendo que o ensino “especial” não era verdadeiramente necessário; (b) os bons professores podem ensinar qualquer aluno; (c) pode ser providenciada uma educação de qualidade a todos os alunos sem recorrer às categorias tradicionais da EE; (d) as salas do ensino regular podem servir todos os alunos sem qualquer segregação; e (e) a separação da educação (no que se refere ao espaço físico) era inerentemente discriminatória e desigual (Kavale, 2002).

Como aqui já será perceptível, a normalização e integração são conceitos estreitamente ligados, em que a integração escolar emerge como consequência necessária para a aplicação dos

princípios de normalização e integração de prestação de serviços sociais quando o sujeito está em idade escolar (Lopes, 1997).

Na generalidade, o termo "integração" tem sido usado para designar o princípio que leva à proposta de uma escolarização das crianças com NEE o mais próximo possível do ensino regular, processo este que contrapõe os princípios da segregação (Thomazet, 2009).

Por sua vez, Booth (1996) diz-nos que a “integração” normalmente se refere à provisão de apoio aos alunos com NEE que frequentam um currículo comum, sem grande reestruturação ao nível do conteúdo.

Para Friend e Bursuck (1996, p. 3) "mainstreaming⁶ is the term for placing students with disabilities in general education settings only when they can meet traditional academic expectation with minimal assistance, or when those expectations are not relevant (for example, participation in recess or school assemblies in order to have opportunities for social interactions)".

A “National Association of Retarded Citizens” (NARC, E.U.A.) define a integração escolar como a “oferta de serviços educativos que se põem em prática mediante a disponibilidade de uma variedade de alternativas de ensino e de classes que são adequadas ao plano educativo, para cada aluno, permitindo a máxima integração institucional, temporal e social entre alunos deficientes e não-deficientes durante a jornada escolar normal” (Jiménez, 1997, p. 29).

A expressão “integração” e “ensino integrado” podem abranger uma panóplia de situações, que torna complicado, senão mesmo impossível, traduzir numa definição clara e rigorosa estes dois conceitos. Porém, muitas das explicações encontradas na literatura científica da especialidade convergem em alguns aspetos, nomeadamente: a ideia de que todos os alunos têm o direito a uma educação de qualidade, desde que o sistema educativo esteja dotado de um conjunto de recursos humanos e ferramentas que garantam o sucesso educacional dos seus alunos; bem como a necessidade da confluência de todos os alunos num mesmo espaço escolar (Caridade, 1993).

Neste domínio, Correia (1999) afirma que a “Educação Integrada” é percebida como o atendimento educativo específico, prestado a crianças e adolescentes com NEE no meio familiar, no jardim de infância e na escola regular. No âmbito escolar, relaciona-se com a noção de escola como espaço educativo aberto e diversificado, onde todas as crianças podem encontrar resposta à sua individualidade, à sua diferença. Por sua vez, o termo “integração” baseia-se nos princípios da “normalização” e aproxima-se muito do conceito de “meio menos

⁶ Na literatura internacional é frequentemente utilizado o termo “Mainstreaming” (principalmente nos EUA) como sinónimo de “integration” (em português integração).

restritivo possível”, o que significa que o aluno com NEE deve desenvolver o seu processo educativo num ambiente não restritivo e tão normalizado quanto possível. Por outro lado, o “meio menos restritivo possível” refere-se à prática de integrar física, social e pedagogicamente o melhor possível a criança com NEE na escola regular.

Soder (1981) fala mesmo em quatro níveis de integração: física (compartilham os mesmos espaços, como o pátio do recreio e os corredores); funcional (utilizam os mesmos espaços e recursos); social (integração na classe regular) e comunitária (continuação da integração na juventude e vida adulta).

Neste quadro, a partir de agora a sistematização dos programas educativos passa a ser estabelecida através de um modelo hierárquico, o qual configura diferentes serviços ou alternativas de ensino que cada aluno pode beneficiar segundo as suas necessidades específicas. São desta forma provisionadas modalidades distintas, que se apresentam desde a sala regular a tempo inteiro, com ou sem a consultadoria do técnico de EE (opção considerada para a generalidade das crianças), a presença parcial na sala regular mais a sala de apoio, culminando na escola residencial ou hospitalar no extremo deste contínuo como possibilidade para um circunscrito número de crianças que manifestem sérios problemas (Rix, Sheehy, Fletcher-Campbell, Crisp, & Harper, 2013).

Nesta linha de pensamento, foram fabricados uma série de modelos que caracterizam os inúmeros serviços educativos e que traduzem, simultaneamente, a multiplicidade de alternativas que se podem oferecer num processo de integração, como o sistema de cascata de serviços de Deno, de 1970 (Deno, 1994).

Em suma, a adoção do conceito de “integração escolar” vai desencadear um subsistema de EE inserido nas escolas do ensino regular, direcionado aos alunos com NEE e no qual o papel dos professores de EE é determinante. As bases para a sua implementação assentam no sistema educativo geral, e exigem que os alunos e os professores que os acompanham sejam capazes de se adaptar às regras e ao seu funcionamento, se não conseguirem serão excluídos. Falamos de um paradigma educativo centrado no aluno, em que o caminho para o sucesso escolar depende em muito da sua capacidade de adaptação, salvaguardando-se porém uma compensação educativa para as suas dificuldades. “Assim, o aluno está na classe regular e tem um professor de educação especial que para ele faz um programa, para compensação das suas áreas deficitárias, e o desenvolve individualmente com o aluno, fora da sala de aula, onde se encontra a classe a que este aluno pertence” (Sanches & Teodoro, p. 68).

O termo integração e os princípios da sua aplicação foram-se alterando ao longo dos tempos, devido à carente eficácia que reproduzia no processo ensino-aprendizagem da criança com NEE e foi surgindo um novo conceito denominado inclusão.

2.5 Das necessidades educativas especiais à educação inclusiva: cruzando palavras e conceitos

A propagação da terminologia de NEE no seio educativo nem sempre esteve aliada a uma compreensão apropriada do conceito subjacente, e menos ainda de formação adequada aos diferentes agentes educativos (e.g., educadores, professores, psicólogos) para a sua implementação. Não raras vezes se deturparam os princípios inerentes ao conceito, associando-o exclusivamente à noção de défice e desvalorizando o essencial que o norteava, ou seja, a provisão de meios educativos que extinguissem ou atenuassem os problemas que impediam o sucesso educativo destas crianças (Sim-Sim, 2005).

O aluno com NEE passa a ser aquele que apresenta algum problema de aprendizagem ao longo da sua escolarização, que exige uma atenção mais específica e maiores recursos educacionais do que os necessários para os colegas da sua idade. Ao falar de problemas de aprendizagem e afastar a terminologia da deficiência, a ênfase incide na escola e na resposta educacional a cada tipo de aluno. Esta nova conceção não negligencia a existência de problemas especificamente vinculados ao seu próprio desenvolvimento (e.g., uma criança invisual continua a apresentar inicialmente dificuldades que os seus colegas “normais” não têm), contudo, o foco consiste na capacidade da escola oferecer uma resposta adequada às suas necessidades (Marchesi & Martín, 1995).

Progressivamente o conceito de NEE vai sendo clarificado e paralelamente nasce um novo movimento denominado de inclusão, que se fundamenta no princípio da “escola para todos”⁷, essência que está consagrada na *Declaração Mundial sobre Educação para Todos* e particularizada para os alunos com NEE na Declaração de Salamanca, em que o conceito de “escola inclusiva” ganha contornos efetivos.

A “Conferência Mundial sobre a Educação para Todos”, que decorreu em Jomtien (Tailândia), em 1990, representou um marco importante em matéria de estratégias e princípios impulsionadores da inclusão. No entanto, a referência incipiente às NEE aí presente foi sendo

⁷ De acordo com Sim-Sim (2005, p. 7) “uma escola para todos significa, antes de mais, um espaço físico e temporal em que cada um encontra os meios necessários e, muitas vezes, específicos do que precisa para aprender e assim desenvolver todo o seu potencial cognitivo, social e afetivo, independentemente das respetivas condições de partida”.

gradualmente substituída pelo reconhecimento de que a problemática das necessidades especiais deveria fundar-se como parte elementar para se alcançar uma educação para todos (Ainscow, 1998).

Por conseguinte, “em vez de se sublinhar a ideia da integração, acompanhada da concepção de que se devem introduzir medidas adicionais para responder aos alunos especiais, num sistema educativo que se mantém, nas suas linhas gerais, inalterado, assistimos a movimentos que visam a educação inclusiva, cujo objetivo consiste em reestruturar as escolas, de modo a que respondam às necessidades de todas as crianças.” (Clark et al., 1995, citado por Ainscow, 1998, p. 11).

Esta orientação inclusiva constituiu uma vertente fundamental da Declaração de Salamanca sobre os Princípios, Política e Prática na área das NEE, aprovada pelos representantes de 92 governos, incluindo o de Portugal, e 25 organizações internacionais, em junho de 1994 (UNESCO, 1994).

Especificamente, a declaração refere que “(...) as escolas se devem ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras (...) (UNESCO, 1994, art. 3, p. 6), (...) reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se os vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adaptados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades (...) (Ibidem, art. 7, p. 11-12) e as crianças com necessidades educativas especiais devem ser incluídas nas estruturas educativas destinadas à maioria das crianças (...) (Ibidem, art. 3, p. 6), e (...) receber o apoio suplementar de que precisam para assegurar uma educação eficaz (...)” (Ibidem, art. 8, p. 12).

A ideia de inclusão ganhou de tal forma notoriedade na vida quotidiana, acumulando diversos significados, que contribuem para uma “retórica inclusiva”, muitas vezes demagógica, que pode ser problemática quando remetida ao domínio das políticas e práticas educativas.

A falta de um entendimento generalizado da palavra inclusão advém, em grande parte, das inúmeras definições oferecidas pela comunidade científica da especialidade. Há, porém, aspetos que são inquestionáveis, nomeadamente a noção de que a inclusão (no plano da educação) assenta em determinadas condições universalmente aceites, como é o direito a uma educação pública (gratuita) de qualidade para todos os alunos (independentemente das suas características intrínsecas e de outros fatores exógenos) e as medidas/instrumentos necessárias para a sua efetivação.

Mel Ainscow, uma autoridade nesta matéria, juntamente com outros colegas faz a distinção de dois tipos de definições presentes na literatura: a inclusão no sentido restrito e a inclusão no sentido lato. A inclusão no sentido restrito refere-se à promoção da inclusão de um grupo específico de alunos, principalmente, mas não exclusivamente, aos alunos com NEE que estão inseridos em meios educativos o menos restritivos possíveis e/ou no ensino regular. Por sua vez, a inclusão no sentido lato não se foca num grupo específico de alunos, mas sim na diversidade, e em como as escolas respondem à heterogeneidade de todos os alunos (incluindo os restantes membros da comunidade escolar) (Ainscow et al., 2006).

Fazendo a analogia com o conceito de integração, a principal mudança prende-se com a transferência de uma “perspetiva centrada no aluno” para uma “perspetiva centrada no currículo” (Costa, 1996; Sanches & Teodoro, 2006).

Nesta narrativa, o ónus do insucesso escolar deixa de estar atribuído ao aluno, e passa a estar relacionado com a organização do sistema educativo e da escola em particular, passando a ser analisado à luz da adequação dos programas escolares adotados, dos espaços pedagógicos disponíveis e dos critérios de avaliação aplicados.

Mais do que integrar as crianças com NEE a nível físico e de proporcionar-lhes o convívio efetivo com as outras crianças, é necessário haver uma orientação para o currículo no sentido de que estes alunos acedam aos conhecimentos através de estratégias diversas, selecionadas em função das suas necessidades especiais e com apoios adequados. Sendo assim, por inclusão, entende-se um ensino direcionado para as necessidades da criança, de uma forma global, e não apenas no seu desempenho académico, que muitas vezes é comparado com o desempenho académico do “aluno médio” (Correia, 1999). O princípio da inclusão apela assim para uma escola que “ (...) tenha em atenção a criança como um todo e não só como criança-aluno, e que, por conseguinte, respeite três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, socioemocional e pessoal – por forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial” Correia (2008, p. 13).

Segundo Rodrigues (2006, p. 2) “o conceito de Inclusão no âmbito específico da Educação, implica, antes de mais, rejeitar, por princípio, a exclusão (presencial ou académica) de qualquer aluno da comunidade escolar. Para isso, a escola que pretende seguir uma política de Educação Inclusiva (EI) desenvolve políticas, culturas e práticas que valorizam o contributo ativo de cada aluno para a construção de um conhecimento construído e partilhado e desta forma atingir a qualidade académica e sócio cultural sem discriminação”.

Quando se fala de políticas educativas inclusivas (acrescentamos aqui outros termos como escola inclusiva, educação inclusiva, entre outros) emana alguma confusão na definição destes

princípios, que está plasmada, de resto, na abundante bibliografia acerca do assunto. Há, contudo, um conjunto de dimensões pertencentes à esfera da “inclusão”, que constituem a chave para a interpretação do conceito, que poderá resultar em práticas mais ou menos inclusivas em função da operacionalização de tais dimensões (ou requisitos).

Um uso comum da palavra “inclusão” remete-nos diretamente para a sala de aula. Assim, a inclusão, neste caso, significa que todas as crianças, de todos os tipos, estão inseridas nas mesmas classes, que a diversidade é enriquecedora dentro da sala de aula, e que as crianças têm o direito a participar, aprender e estabelecer relacionamentos interpessoais neste contexto. Apesar de crucial, esta seria, no entanto, uma visão redutora e simplista se adotada isoladamente, pelo que outros aspetos se configuram importantes, a formação dos professores, por exemplo, deve ser obrigatoriamente considerada. A formação da classe docente pode ser organizada de acordo com o princípio de que os futuros professores devem estar preparados para ensinar a diversidade e heterogeneidade dos alunos que encontram nas salas de aula, ou segundo a ideia de que os professores devem ser formados, acima de tudo, para o ensino das crianças ditas “normais” e os professores da EE ficarão encarregues dos restantes (Nilholm, 2007). Relativamente a esta questão há um claro desfasamento entre o que é, em teoria, o mais indicado, e aquilo que na prática acontece. Numa perspetiva inclusiva, deve ser assegurado aos professores, na sua formação de base, conhecimentos e ferramentas que lhes permitam ser competentes no ensino à generalidade dos alunos (incluindo aqueles com NEE), sendo que aos professores da EE compete essencialmente a identificação/avaliação das necessidades dos alunos com NEE, a provisão de apoio à docência do professor regular (sempre que necessário) e a monitorização da evolução das medidas adotadas com estes alunos (Porter, 1998). Na realidade, o que se verifica é que existem evidentes lacunas ao nível da formação de base dos professores (inclusive na especialidade de EE), mas também em relação à formação contínua, cujo primeiro objetivo deveria ser a atualização da prática docente de acordo com as novas descobertas científicas nesta matéria, e tendo em conta as principais necessidades circunscritas ao nível dos professores de cada escola/alunos (Correia, 2008).

Uma educação realmente inclusiva depende da capacidade da escola (e.g., ao nível da liderança dos órgãos diretivos, cooperação entre os diferentes profissionais no planeamento educativo, organização dos espaços pedagógicos, envolvimento parental), e da competência dos professores (e.g., diversificar metodologias de ensino), em inovar e colocar ao serviço da prática educativa formas de intervenção e percursos de aprendizagem distintos a todos os seus alunos (Ainscow, Dyson, & Weiner, 2013; Ainscow & Sandill, 2010; Ainscow, 1995). Esta é

outra ideia nuclear da inclusão, a implementação de um modelo de desenvolvimento curricular “situacional”, que determina objetivos a curto prazo e em função de uma avaliação prévia das capacidades do aluno. A este propósito convém lembrar os conceitos de flexibilidade e diferenciação curricular propostos por Sim-Sim (2005). A autora entende a flexibilidade como um princípio orientador de escolarização que só pode ser alcançado com a descentralização curricular, ou seja, a partir de um “tronco comum” (o currículo nacional), as escolas, os professores e, eventualmente, outros agentes educativos, têm autonomia para desenvolver propostas curriculares de acordo com as características dos seus alunos e dos problemas que identificam, naquilo que chama de diferenciação curricular. Especificamente para os alunos com NEE, a diferenciação curricular (...) “não corresponde necessariamente nem a processos de redução do currículo, nem a processos de remediação ou compensação, realizados através do trabalho individual na sala de aula e/ou de apoios de EE, mas a uma atenção particularizada aos processos específicos dos alunos e, em consequência, à tomada de decisões curriculares que pareçam mais ajustadas” (Sim-Sim, 2005, p. 13).

Um estudo longitudinal desenvolvido em Portugal, intitulado “The curriculum as a tool for inclusive participation: Students' voices in a case study in a Portuguese multicultural school”, mostra que é possível construir alternativas pedagógicas de sucesso para os alunos com NEE, de acordo com as suas potencialidades (serão estas as competências que se devem valorizar) e os seus verdadeiros interesses e motivações, sendo que ao professor (e outros intervenientes envolvidos, como o psicólogo escolar) cabe encontrar este caminho. Os resultados demonstraram melhorias efetivas, quando utilizados currículos alternativos, principalmente nas dimensões académica e social (César & Oliveira, 2005).

Até chegarmos aqui importa destacar que a conferência de Salamanca, em 1994, seguiu-se logo após a conferência de Jomtien, em 1990. Este facto é particularmente relevante porque reconheceu-se que um grande número de alunos vulneráveis e marginalizados estavam a ser excluídos dos sistemas de ensino em todo o mundo. Assim, a decisão de conceber a Declaração de Salamanca⁸ parece indicar que a expressão anteriormente proclamada “educação para todos” realmente significa “quase todos”, aceitando a histórica suposição de que uma pequena percentagem de crianças tem de ser vista como *outsiders*, cuja educação deve ser oferecida através de um sistema separado, em paralelo, geralmente conhecido como EE (Ainscow & Miles, 2008).

⁸ A Declaração de Salamanca continua a ser considerada pelos especialistas o documento internacional com maior relevância no campo da EE.

Apesar da abrangência do conceito de inclusão, é certo que o mesmo surge de preocupações relativas à EE⁹ e à pessoa com deficiência e continua, por isso, estreitamente associado a estes aspetos. Esta circunstância é extremamente importante e terá forçosamente que ser aqui debatida, especificamente a análise a duas questões fundamentais: (i) Qual a importância da EE no ensino atual?; e (ii) Qual o significado que queremos atribuir à inclusão?

Os defensores da integração acreditavam que a criança com NEE em primeiro lugar pertencia à EE (subentenda-se aqui um espaço com um conjunto de comodidades, não raras vezes atribuídas fora do contexto regular, destinadas a suprir as dificuldades dos alunos) e que o aluno devia trilhar um caminho no sentido de conquistar a sua posição num ambiente normalizado, especificamente na sala de aula do ensino regular, demonstrando as competências necessárias ao acompanhamento das tarefas exigidas pelo professor. Ao invés, os seguidores da perspectiva inclusiva veem a sala de aula regular como o sítio onde a criança pertence, e o seu afastamento deste contexto só acontece quando os serviços apropriados às suas limitações têm forçosamente que ser prestados noutros lugares. Tendo em conta este preâmbulo, que reposta a dar às questões colocadas, sendo que a primeira nota a destacar é que os dois conceitos, considerados na sua pura essência, perdem algum significado quando analisados separadamente.

O conceito de EE foi evoluindo em consonância com os paradigmas de educação vigentes em cada um dos movimentos anteriormente descritos. De uma modalidade de ensino separada e independente do sistema educativo geral, passou a considerar-se como parte integrante do mesmo; de uma conceção das diferenças humanas como manifestação de uma determinada incapacidade emergiu a assunção da existência de um conjunto de diferenças físicas, intelectuais, emocionais e socioculturais; de um planeamento educativo baseado no diagnóstico médico, evoluiu-se para uma avaliação psicopedagógica que determina o nível de competência curricular do aluno e que serve como base para a tomada de decisões relativamente ao tipo de adaptações curriculares exigidas; finalmente, de uma dualidade curricular convergiu-se para uma continuidade curricular e didática, isto é, partindo de um mesmo e único currículo escolar que se modifica e ajusta às necessidades particulares de cada aluno (García, 2009).

⁹ A educação especial (evolução de ensino especial) é definida como um conjunto de serviços de apoio especializado destinados a responder às necessidades especiais do aluno com base nas suas características e com o fim de maximizar o seu potencial. Tais serviços devem efetuar-se, sempre que possível, na classe regular e devem ter por fim a prevenção, redução ou supressão da problemática do aluno, seja ela do foro mental, físico ou emocional e/ou a modificação dos ambientes de aprendizagem para que ele possa receber uma educação apropriada às suas capacidades e necessidades (Correia, 1997).

Mas falamos em Inclusão parcial ou inclusão total? A preocupação com um sistema educativo consistente com os princípios de inclusão plena de todos os alunos esbarra na filosofia de que o tipo e a gravidade da NEE se torna a principal medida de acesso à sala de aula regular (Armstrong, Armstrong, & Spandagou, 2011), sendo que, de acordo com este princípio, aos alunos com NEE ligeiras e moderadas lhes é concedido este direito e aos restantes não. Num ensino que se quer inclusivo, mesmo para os alunos com NEE graves (i.e., aqueles que anteriormente estavam em escolas especiais, com serviços e técnicos especializados), a escola deve estar habilitada para responder às suas necessidades específicas, através da elaboração de programas educativos individuais ou programas individuais de transição, e garantindo uma equipa multidisciplinar que, em estreita e harmoniosa colaboração, promova um caminho educativo que vise todos os interesses da criança (emocionais, académicos e sociais).

A EE de hoje não espera pelos alunos, mas vai ao encontro deles, num único espaço possível, que é de todos, a sala de aula comum.

Em suma, consideramos que a afirmação de Correia (2008, p. 19) faz todo o sentido, quando nos diz que “A educação especial e a inclusão constituem-se, assim, como duas faces de uma mesma moeda, ambas caminhado lado a lado para não só assegurarem os direitos fundamentais dos alunos com NEE, mas também para lhes facilitarem as aprendizagens que um dia os conduzirão a uma inserção social harmoniosa, produtiva e independente.”

3 O percurso da educação especial em Portugal

No contexto nacional a perspetiva histórica do atendimento educativo às pessoas com NEE segue os mesmos padrões internacionais de exclusão, segregação, integração e inclusão, embora em determinados momentos tenha ocorrido mais tardiamente e de forma menos exacerbada.

Bairrão et al. (1998) divide a história da EE em Portugal em três momentos principais: (1) segunda metade do século XIX, caracterizada pela criação de asilos e instituições para cegos e surdos; (2) década de 60 do século XX, marcada pela forte intervenção de natureza pública, sob a tutela do Ministério dos Assuntos Sociais; e (3) anos 70/80, período em que o Ministério da Educação assume importância, com a criação das Divisões de Ensino Especial dos Ensinos Básico e Secundário, iniciando-se desta forma o processo de integração escolar.

À semelhança do que aconteceu na generalidade dos países desenvolvidos, a educação de crianças e jovens com NEE no nosso país pautou-se durante largos anos pela adoção de

práticas segregativas, caracterizadas essencialmente pela colocação destes sujeitos em instituições do ensino especial e outras modalidades de ensino (e.g., classes especiais).

As primeiras tentativas de educação da população com NEE surgem na segunda metade do século XIX e são orientadas segundo duas correntes: uma assistencial (e.g., através da criação de asilos) e outra educativa (e.g., desenvolvidos institutos para cegos e surdos). Ambas as iniciativas são, na maioria das vezes, de âmbito privado, com fundos próprios e financiamento muito reduzido por parte do Estado (Bairrão et al., 1998).

Numa perspetiva evolutiva, de acordo com as compilações de Ferreira (2007), entre os marcos mais significativos neste período destacam-se: (1) em 1859 foi criado um colégio para “inválidos”, cujo fundador foi José Maria Eugénio de Almeida (provedor da Casa Pia); (2) em 1863, foi criado o asilo de Cegos de Nossa Senhora da Esperança, de Castelo de Vide (numa fase inicial destinado a idosos, passa no entanto mais tarde a aceitar também crianças e adolescentes); (3) em 1871, no seguimento da lei de 13 de julho, é inaugurada a primeira casa de deteção e correção para menores; (4) em 1877, foi criado o Instituto Municipal de Surdos-Mudos em Lisboa (que viria mais tarde a ser integrado na Casa Pia, através da promulgação do decreto-lei de 27 de dezembro de 1905); (5) construído, em 1888, o Asilo-Escola António Feliciano de Castilho em Lisboa; e (6) em 1893, é estabelecido na cidade do Porto um colégio para “surdos-mudos”, que tinha também uma valência para “crianças e adultos atrasados e fracos”, que atualmente ainda existe com o nome do seu fundador José Rodrigues Araújo Porto.

Nas primeiras décadas do século XX, Portugal estava imerso numa ditadura que se prolongou por 40 anos, fase caracterizada por uma evidente estagnação, em particular no campo da educação. Todavia, assinalaram-se alguns acontecimentos importantes no âmbito da EE, nomeadamente a criação de projetos que foram implementados em determinados períodos, alguns deles bem-sucedidos e regulamentados, que perduraram no tempo mesmo depois de fortes mudanças políticas e sociais (Mesquita, 2001).

A criação de um curso para professores de EE, em Lisboa, no ano de 1941, constituiu um forte impulso para a educação dos alunos com NEE (Rodrigues & Nogueira, 2010).

As primeiras experiências integradoras surgiram três anos depois, em 1944, com a criação das classes especiais pelo Instituto Aurélio da Costa Ferreira, destinadas a alunos com problemas de aprendizagem e orientadas por professores especializados do referido instituto (Correia & Cabral, 1997).

Decorrente desta mudança na abordagem ao papel da EE e da sua importância, deparamo-nos com mudanças quantitativas e qualitativas que tiveram lugar na segunda metade do século XX.

A partir dos anos 50 e ao longo da década de 60, dada a escassa oferta educativa para as crianças e jovens com NEE, emergiram movimentos¹⁰ desencadeados essencialmente pelos pais destes sujeitos, que se organizaram em associações e desenvolveram várias estruturas educativas, ordenadas por categorias de NEE, as chamadas instituições particulares sem fins lucrativos, cuja parte do financiamento era assegurado nesta altura pelo Ministério da Segurança Social (Leitão, 2007).

Simultaneamente, na década de 60 surgem outras iniciativas, lideradas pela Direção-Geral da Assistência, com vista ao alargamento do apoio a crianças/adolescentes com NEE integrados em escolas regulares, nomeadamente a implementação de programas destinados a alunos com deficiência visual, integrados nas escolas preparatórias e secundárias das principais cidades do país (Correia & Cabral, 1997).

Na década de 70, apesar da evolução legislativa não ter acompanhado o que se passava no panorama internacional, verificaram-se algumas ações no sentido da integração das crianças com NEE. Foi a partir daqui que o Ministério da Educação passou a assumir maiores responsabilidades na educação das crianças com NEE (uma importância mais relevante no setor da EE), até aí conduzidas em grande parte pelo Sistema de Segurança Social e por alguma iniciativas privadas, que atingiam um número muito reduzido de alunos.

Em 1972 o Ministério da Educação cria as Divisões do Ensino Especial do Básico e do Secundário (DEEB/DEES), no entanto, foi depois de 1974 que a filosofia da EE integrada no sistema do ensino regular começa a ganhar raízes, surgindo os primeiros professores de apoio itinerante, que viriam posteriormente a integrar as equipas de EE (Felgueiras, 1994).

É também nesta fase, segunda metade da década de 70, que emergem movimentos sociais a favor da pessoa com NEE, desencadeados em grande parte por uma inversão em relação aos valores da sociedade em geral perante a educação, até aí acessível a muito poucos e em que a escolaridade obrigatória era muito reduzida, levando a taxas elevadas de analfabetismo (Rodrigues & Nogueira, 2010).

¹⁰ Alguns dos movimentos mais significativos, que resultaram na criação de organizações que deram, e continuam a dar, um forte contributo para a educação especial no nosso país foram: (1) um grupo de pais de crianças com paralisia cerebral funda, em 1960, na cidade de Lisboa, a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (esta associação viria a ser criada em 1970 em Coimbra e em 1975 no Porto); (2) em 1962 surge a Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Mongoloides, que mais tarde passou a denominar-se Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM); e (3) em 1973 aparece a Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Autistas (APECDA).

Esta contestação, impulsionada por movimentos associativos e cooperativos¹¹, acentuou-se após as alterações políticas originadas pela Revolução de 25 de Abril, de 1974. A liberdade de associação e de expressão reconquistadas levou à tomada de consciência das inúmeras e profundas lacunas que se encontravam na EE.

Estas associações, designadas como Cooperativas de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades (CERCIS), visavam dar uma resposta pedagógica e social mais efetiva e abrangente às pessoas com deficiência. Muitas delas ainda hoje funcionam, garantindo uma diversidade de serviços a esta população, especificamente ao nível da formação profissional, emprego protegido, residenciais, formas de apoio às famílias e suporte técnico especializado.

No que respeita a legislação, realça-se a Constituição da República Portuguesa, em 1976. Nesta lei fundamental, as pessoas com deficiência são abrangidas nos artigos 71.º, 73.º e 74.º, com a salvaguarda dos direitos ao ensino, à igualdade de oportunidades e a uma política nacional de prevenção, reabilitação e integração social.

Neste mesmo ano, o Ministério da Educação cria as “Equipas de ensino Especial Integrado”, cujo objetivo seria “promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens com deficiência”, inicialmente destinadas a sujeitos com NEE motoras e sensoriais e, mais tarde, à DI, sendo que estas equipas apenas viriam a ser legalmente reconhecidas doze anos depois da sua criação, em 1988 (Bairrão et al., 1998).

A partir da década de 80 assiste-se a uma elevada produção de legislação. Como em muitos outros países, a Public Law (94-142) e o Warnock Report tiveram uma influência decisiva no panorama educativo português, que culminou na nova reforma da educação em Portugal, em 1986, com a publicação da Lei n.º 46/86 de 14 de outubro (“Lei de Bases do Sistema Educativo”), a partir da qual se expressa uma atenção mais concreta à EE. Esta lei define como um dos seus objetivos “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas designadamente a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (art.º 7.º, p. 3070), sendo do âmbito e objetivos da EE – que representa uma das “modalidades especiais de educação escolar” – a sua “recuperação e integração socioeducativas” (art.º 17.º, p. 3072). Esta legislação vem assim conferir um novo elã à EE, ao estabelecer diretrizes focadas numa “escola para todos”, alicerçando o conceito de alunos com NEE em critérios pedagógicos (e.g., artigos 2.º, 7.º, 17.º e 18.º).

¹¹ Denominado de movimento CERCI.

A partir daqui, e até 1991 (em que o Decreto-Lei n. 319/91, de 23 de agosto, dá corpo aos princípios consagrados na Lei de Bases), são ainda elaborados vários normativos legais, dos quais se salientam: (i) a Lei n.º 9/89, de 2 de maio: Lei de Bases da prevenção, reabilitação e integração das pessoas com deficiência (Art.º 9); (ii) o Decreto-Lei (DL) n.º 35/90, de 25 de janeiro: define o regime de gratuidade e de escolaridade obrigatória (artigos 2.º e 3.º); e (iii) o DL. N.º 190/91, de 17 de maio, cria, no âmbito da Educação, os Serviços de Psicologia e Orientação (SPO).

Estes DL, a par de outros diplomas legais (Lei de Bases do Sistema Educativo e D.L. 319/91, de 23 de agosto) consignam os princípios pelos quais se guiou a EE em Portugal, dos quais se enaltecem os três direitos fundamentais: o direito à educação; o direito à igualdade de oportunidades e o direito de participar na sociedade.

A década de 90 foi pródiga em alterações relevantes no plano nacional e internacional, desde logo a consolidação de uma política de educação integradora e a transição para o que atualmente se chama de educação inclusiva.

O DL n.º 319/91, de 23 de agosto de 1991 aprova o regime de apoio a alunos com NEE que frequentem estabelecimentos do ensino básico e secundário. Com este decreto pretendeu-se dotar o país de um diploma que assegurasse a estas crianças a frequência do ensino regular e que norteasse o processo de integração escolar. De acordo com Correia e Cabral (1997) este diploma colmata uma lacuna legislativa que perdurava há muito tempo, conferindo às escolas a possibilidade de estruturarem o atendimento aos alunos com NEE. Porém, e apesar das inúmeras inovações e potencialidades que lhe são reconhecidas, este documento carece de algumas limitações, nomeadamente: não inclui categorias de EE; não operacionaliza conceitos como os de situações mais ou menos complexas, o que por si só gera dificuldades na definição do problema do aluno e conseqüentemente na identificação dos serviços que lhe são mais adequados; e apresenta pouco rigor na delimitação das funções dos elementos responsáveis pela elaboração do programa educativo individual (PEI), não fazendo menção à necessidade de uma equipa multidisciplinar.

A crítica feita pelos autores quanto à ausência de categorias da EE é discutível e continua a ser objeto de reflexão, como se verá adiante. Subjacente à categorização há sempre a questão da confiabilidade das categorias diagnósticas estabelecidas¹², assim como dos profissionais

¹² O estudo desenvolvido pelo Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013) alerta para a existência de sobreposições genéticas entre cinco perturbações classificadas no DSM e ICD (em particular entre a PHDA e a PEA), sugerindo que estas têm uma citoarquitetura genética partilhada (i.e., fenótipo vs. determinados marcadores biológicos), que deverá ser considerada tanto no diagnóstico, como na intervenção.

que avaliam as crianças e dos procedimentos que adotam. Além disso, os efeitos estigmatizantes do diagnóstico têm implicações importantes para os processos educativos, podendo de certa forma servir os interesses da exclusão, no que respeita à plena participação de um determinado grupo de alunos na comunidade escolar, tanto no plano acadêmico como social. Por exemplo, os alunos que abandonam a sala de aula do ensino regular para frequentarem (ainda que parcialmente) as salas de apoio ou outros serviços especializados, são facilmente rotulados pelos colegas e pela restante comunidade educativa (Nilholm, 2007). Outros argumentos são identificados por Farrell (2001), nomeadamente:

1. Os problemas experienciados pelas crianças, os seus professores e pais são muitas vezes complexos e interrelacionados. Neste sentido, as dificuldades da criança poderão surgir como resultado da inadequação das estratégias utilizadas por parte dos pais ou dos professores. Por exemplo, a categorização de uma criança com NEE, ou num dos seus subgrupos (e.g., com dificuldades emocionais e comportamentais), poderá sugerir que o problema está exclusivamente na criança, descurando assim qualquer responsabilização que os pais ou professores poderão ter no âmbito das suas dificuldades.
2. A definição de categorias ou rótulos pode ter o efeito de reduzir as expectativas em relação ao verdadeiro potencial de aprendizagem das crianças.
3. Por vezes há a ideia generalizada de que os alunos inseridos numa determinada categoria requerem medidas de intervenção específicas que são exclusivas para aquele grupo, quando existem evidências que mostram o contrário (e.g., as técnicas utilizadas com alunos com Perturbação de Aprendizagem Específica (PAE) da escrita são igualmente eficazes para as crianças com dificuldades de literacia/alfabetização).
4. Para muitos alunos, as suas dificuldades inserem-se num *contínuum* que torna difícil estabelecer quando atingem um nível em que determinada categoria deve ser aplicada. Em consequência, este processo poderá ser feito de forma arbitrária por alguns profissionais ou outros absterem-se de o fazer.
5. As crianças não costumam estagnar num determinado *contínuum* e as suas dificuldades podem melhorar ou piorar em função da intervenção que recebem. Os rótulos e as categorias, porém, tendem a ficar com a criança e podem perenizar a sua problemática.

Como nos disse João dos Santos “o diagnóstico de alguém pode tornar-se o diagnóstico contra alguém” (1982, citado por Madureira, 2005, p. 28). De facto, a dicotomia categorização vs.

descategorização continua a ser uma questão muito sensível, principalmente no domínio pedagógico-social.

A nosso ver deverá ser ainda apontada outra falha, nomeadamente o facto de este diploma abranger apenas o ensino público, perpetuando situações de injustiça ostensiva no ensino privado, que frequentemente rejeitava a matrícula destas crianças.

Aos poucos reconhece-se a necessidade de mudar novamente o paradigma, de avançar para uma escola onde todos os alunos devem aprender juntos, que não questiona as suas dificuldades, mas antes procura adaptar-se às suas características específicas, uma escola inclusiva, tendo como base as recomendações deliberadas na Declaração Mundial de Educação para Todos (1990), na Declaração de Salamanca (1994) e nas normas sobre igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (1996).

É neste quadro que surge o Despacho 105/97, de 1 de julho de 1997, que adota um conjunto de princípios e ações com orientação inclusiva, congruente com a Declaração de Salamanca (1994). Neste âmbito são criadas as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE), cujo papel está direcionado para a gestão dos recursos e articulação com os professores de EE na provisão de respostas educativas adequadas. É assim concebida a figura do Professor de Apoio Educativo para a maioria dos alunos com NEE e reforçada a necessidade de diferenciação curricular em função das características e necessidades de cada um. Este dispositivo legal aponta assim para um sistema educativo único, que engloba simultaneamente a educação regular e especial, e que visa o atendimento a todas as crianças (Rodrigues & Nogueira, 2010).

Após 1997, foram elaborados outros normativos relacionados com a EE. No entanto, atendendo à elevada produção jurídica no nosso país, apenas faremos referência aos documentos que se afiguram como essenciais para a compreensão da evolução operada neste domínio. Assim sendo, destacamos o Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro, a Lei 38/2004, o Despacho Normativo (DN) n.º 50/2005, de 9 de novembro de 2005 e o DL n.º 34/2007.

O Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro, é destinado à reorganização curricular do ensino básico. Nos artigos 10º e 11º salienta-se a necessidade da diversificação das ofertas educativas e gestão flexível do currículo às especificidades dos alunos com necessidades educativas de carácter permanente.

Por sua vez, o DN n.º 50/2005 define, no âmbito da avaliação sumativa interna, princípios de atuação e normas orientadoras para a implementação, acompanhamento e avaliação dos planos de recuperação, de acompanhamento e de desenvolvimento como estratégia de intervenção com vista ao sucesso educativo dos alunos (incluindo os que apresentam NEE).

No que diz respeito ao DL n.º 34/2007, este regulamenta a Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto. Esta lei tem como finalidade prevenir e reprimir a discriminação direta ou indireta, no uso de direitos por motivos assentes na deficiência ou risco agravado de saúde, expondo a súmula de práticas discriminatórias que, a verificarem-se, constituem contraordenações puníveis com coimas adequadas e sanções correspondentes.

3.1 Quadro legislativo atual

A *Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes* (United Nations, 1975) e a *Convenção Internacional Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* (United Nations, 2006) são dois documentos internacionais dos Direitos Humanos, promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que contribuíram para a produção legislativa nos diferentes estados parte (dos quais se inclui Portugal), cujo desígnio visa efetivamente garantir o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência e de reforçar a proibição da discriminação destes cidadãos.

Neste contexto, a Lei 38/2004¹³, de 18 de agosto, denominada de Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência visa promover e garantir a prática dos direitos que a constituição da República Portuguesa aclama nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da igualdade de oportunidades da pessoa com deficiência.

A 7 de janeiro de 2008, foi publicado o DL 3/2008, que regula atualmente a legislação de EE em Portugal. Este documento substitui o DL n.º 319/91, de 23 de agosto de 1991, e introduz algumas inovações decorrentes de lacunas evidenciadas no decreto anterior. Entre as principais diferenças salienta-se: o alargamento da aplicação das medidas de EE ao ensino pré-escolar¹⁴, particular e cooperativo; uma definição expressa dos direitos e deveres dos encarregados de educação no que respeita à execução da EE dos seus educandos; instituição de um processo de referenciação bem delineado, que poderá ser desenvolvido pelos órgãos de gestão da escola, pelos pais, encarregados de educação, docentes ou outros técnicos que lidem

¹³ Esta lei é complementada com o DL Lei 290/2009, que enquadra a moldura legal sobre o apoio aos programas de reabilitação profissional (formação profissional e apoio ao emprego) das pessoas com deficiência e incapacidade.

¹⁴ A este propósito importa destacar o DL n.º 281/2009, de 6 de outubro, que regula a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI pretende garantir um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família (e.g., elaboração de um Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP), através de ações de natureza preventiva e reabilitativa nos domínios da educação, saúde e da ação social.

diretamente com os alunos em causa; e o processo de avaliação passa a ser desenvolvido pelo departamento de EE, conjuntamente com os serviços de psicologia, definindo a obrigatoriedade da elaboração de um relatório técnico-pedagógico alusivo aos aspetos referenciados. Além dos aspetos supracitados, talvez o mais importante e visível prende-se com a programação e planificação educativa. Com efeito, o DL 3/2008 veio definir um documento oficial único, intitulado Programa Educativo Individual (PEI), que estabelece as respostas educativas e formas de avaliação aplicadas a cada aluno. Comparativamente ao Plano educativo individual e Programa Educativo para alunos com NEE presentes no DL n.º 319/91, o PEI contempla algumas alterações, nomeadamente: introduz indicadores de funcionalidade por referência à CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde); define que o PEI deve ser concebido forçosamente pelo docente ou diretor de turma do grupo, em conjunto com os docentes de EE e outros serviços implicados na elaboração do mesmo; exige a elaboração do PEI num espaço de 60 dias após a referência para a sua conceção; estipula a obrigatoriedade de revisão do PEI no final de cada ciclo escolar; e introduz um Plano Individual de Transição (PIT) complementar ao PEI, para alunos cujas características os impedem de atingir os objetivos designados no currículo comum.

A atribuição da elaboração (art.º 10) e coordenação (art.º 11) do PEI ao docente pode ser encarada de diferentes prismas. De acordo com o DL 3/2008 o PEI “documenta as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na **observação e avaliação de sala de aula** e nas informações complementares disponibilizadas pelos participantes no processo” (p. 156), sendo que esta pode ser considerada uma ação verdadeiramente inclusiva, pois assenta na transdisciplinaridade escolar proclamada nos princípios da inclusão, reforçando assim o papel dos docentes no processo da avaliação especializada. Ao invés, Correia (2008) salienta que a envolvimento dos professores neste âmbito pode levantar diferentes problemas, especificamente: alguma hostilidade por parte dos docentes, mas essencialmente a falta de preparação para assumirem responsabilidades em relação ao atendimento/ensino a alunos com NEE; e a aparente contradição entre a garantia da qualidade vs. igualdade no ensino, isto é, a elevada exigência por parte da tutela em relação aos resultados escolares dos alunos sem NEE e em paralelo a obrigatoriedade de uma resposta adequada às especificidades dos alunos com NEE. A estes factos acrescentamos o excesso de burocracia que os docentes estão sujeitos atualmente. Não desvalorizando a necessidade da participação dos professores nos diferentes processos, isto é, ao nível da identificação, avaliação e implementação das práticas educativas aos alunos com NEE, será ao nível da

intervenção que se espera um contributo maior e preponderante, aliás, certamente será este o seu papel principal e para o qual foram (ou deveriam ter sido) devidamente formados. Atribuir-lhes a tarefa da coordenação do PEI, aliado a outras condicionantes como a dimensão excessiva das turmas, é retirar-lhes ainda mais disponibilidade para o exercício de uma prática pedagógica eficaz, que atenda à heterogeneidade dos seus alunos.

O Artigo 9.º do DL n.º 3/2008, no seu ponto 3, refere os componentes do PEI, designadamente: (a) “a identificação do aluno; (b) o resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes; (c) a caracterização dos indicadores de funcionalidade e do nível de aquisições e dificuldades do aluno; (d) os fatores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à participação e à aprendizagem; (e) definição das medidas educativas a implementar; (f) discriminação dos conteúdos, dos objetivos gerais e específicos a atingir e das estratégias e recursos humanos e materiais a utilizar; (g) nível de participação do aluno nas atividades educativas da escola; (h) distribuição horária das diferentes atividades previstas; (i) identificação dos técnicos responsáveis; (j) definição do processo de avaliação da implementação do programa educativo individual; (k) a data e assinatura dos participantes na sua elaboração e dos responsáveis pelas respostas educativas a aplicar” (p. 157).

Não querendo alongar demasiadamente a análise deste decreto, um instrumento indispensável e já bem conhecido por todos os profissionais da educação, parece-nos importante salientar alguns aspetos do ponto de vista concetual.

De acordo com este dispositivo legal a EE visa a inclusão plena dos alunos (i.e., a nível educativo, social e emocional) e destina-se aos “(...) alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.” (artigo 1.º, ponto 1, p. 155)

A EE é assim vista como um conjunto de apoios especializados a prestar às crianças e alunos com NEE de **carácter permanente**, mas o problema reside na identificação destes alunos, pois uma vez mais não se define que problemáticas estão abrangidas pelos serviços de EE.

Aqui retomamos a questão da categorização, enumerando outras considerações que se impõem no debate, por vezes polémico, desta matéria. Antes de mais é notório que as categorias da EE continuam a fazer parte do discurso dos professores, pais e outros profissionais da saúde e educação, e estamos convictos de que esta realidade irá prevalecer no futuro. Sendo assim, é fundamental que todos agentes educativos envolvidos estejam conscientes para os perigos, mas também para as vantagens que possam advir da sua

utilização. Em primeiro lugar, torna-se fundamental advertir contra o uso indiscriminado do rótulo para explicar o fracasso ou o progresso da criança, ou para fazer conexões infundadas entre uma determinada categoria e uma intervenção específica. Por outro lado, é preciso realçar que, se existem alunos que requerem alguma medida adicional para experimentarem o sucesso, é preciso definir alguma palavra ou categoria para que usufruam de tal ajuda. Em todo o caso, a utilização das categorias deve ser parcimoniosa e cuidada. Citando novamente Farrell (2001), existem situações para as quais a categorização é realmente vantajosa, nomeadamente:

1. Em alguns casos uma categoria pode representar um conjunto de condições claras e fidedignas que nos permitem ficar com uma perceção total da criança. Por exemplo, o termo dislexia ou PAE da escrita sugere que a criança é provavelmente competente em determinadas áreas, mas que tem alguns problemas específicos, normalmente na aquisição de competências de escrita e leitura. Usadas desta forma, as categorias poderão fornecer uma visão instantânea dos problemas da criança e assim constituir o ponto de partida para uma avaliação mais rigorosa das suas capacidades e necessidades específicas.
2. Em alguns casos as categorias poderão fornecer informação em relação à origem do problema e do seu prognóstico, especificamente das possíveis consequências a longo prazo (em particular no que se refere ao trajeto académico).
3. A determinação de um rótulo pode representar a primeira etapa para os pais procurarem ajuda em grupos de apoio e outros serviços voluntários. Isto é particularmente evidente para os pais de alunos com PEA, dislexia, síndrome de Down, e com dificuldades físicas e sensoriais. Infelizmente, tal realidade, no que se refere à existência de grupos de apoio, não se verifica no caso das dificuldades emocionais e comportamentais ou de alunos com dificuldades de aprendizagem moderadas. Esta poderá ser uma das razões pelas quais os pais tentam procurar garantir um rótulo “mais valorizado” para os seus filhos, com o PEA ou a PAE, em detrimento de um “simples” rótulo de “dificuldades de aprendizagem moderadas”.

Pegando nesta última observação do autor, elevamos o nível polémico do tema, particularmente a forma como o rótulo (ou diagnóstico) poderá, ou não, garantir os serviços de EE das escolas. Por outras palavras, quem e como poderá ter acesso a tal atendimento?

A este propósito será útil invitar a distinção feita por Simeonsson (1994) entre problemas de “baixa frequência e alta intensidade” (e.g., défices cognitivos graves, incapacidade motora, cegueira, surdez, etc.) e problemas de “alta frequência e baixa intensidade” (e.g., alunos

provenientes de ambientes socioculturais e familiares desfavorecidos). Assim, segundo o quadro normativo em vigor em Portugal a EE apenas se destina aos primeiros (DL 3/2008, art.º 4, pontos 1 e 4). A lei parece ser restritiva e discriminatória, uma vez que se subentende que o atendimento aos alunos com NEE será apenas para os surdos, cegos, com PEA e com multideficiência. Além disso, a forma como se apresentam as medidas aos alunos anteriormente referenciados, nomeadamente as escolas (instituições) de referência, as unidades de ensino estruturado ou de apoio especializado, representa um retrocesso no que à implementação de uma ideologia inclusiva diz respeito, espelhando até alguns “traços” de uma política segregadora.

De acordo com Bairrão et al. (1998), em contexto escolar são os casos de baixa frequência e alta intensidade (e.g., PEA, síndrome de Down, paralisia cerebral, síndrome X-frágil, entre outros) que requerem mais recursos e meios adicionais para fazer face às necessidades educativas.

No entanto, o que fazemos aos alunos que têm, por exemplo, PAE? Um dos casos mais flagrantes, uma problemática que é do conhecimento científico ser de origem endógena, com elevada prevalência, e cujas repercussões nas aquisições académicas podem ser desastrosas. E os alunos com PHDA, a categoria das NEE em estudo?

Não existem investigações epidemiológicas de referência em Portugal, mas, tendo por base dados internacionais, estima-se que entre 10 a 12% da população estudantil sejam alunos com NEE. Destes, cerca de 48% apresentam PAE, 22% problemas de comunicação, 14% dificuldades intelectuais, 10% problemas de comportamento e 6% outros problemas. Ora, quer isto dizer que cerca de 60% da população com NEE (i.e., alunos que se inserem nas categorias das PAE e dos problemas de comportamento) não é considerada para serviços e apoios relativos à EE, embora possam necessitar destes (Correia, 2008).

Aqui subjaz uma outra questão que tem suscitado muitas críticas, referimo-nos aos critérios de elegibilidade do aluno com possíveis NEE para o usufruto dos serviços da EE e consequente elaboração do PEI. Segundo o DL 3/2008 (art.º 6, ponto 3) a avaliação destes alunos deverá ter como referência o uso da CIF, da Organização Mundial de Saúde.

A investigação realizada em Portugal neste campo apresenta diferentes perspetivas, que nos deixam céticos em relação aos procedimentos hodiernamente adotados para a identificação dos alunos com NEE, tendo por base a legislação em vigor. Uns apresentam uma mensagem positiva do DL 3/2008, enaltecendo mais as suas potencialidades que fraquezas, em particular no que respeita à CIF (e.g., Sanches-Ferreira, Simeonsson, Silveira-Maia, & Alves, 2015;

Sanches-Ferreira, Silveira-Maia, & Alves, 2014), contrastando com a opinião de outros autores que mostram o contrário (e.g., Correia, 2008; Correia & Lavrador, 2010).

O estudo liderado por Sanches-Ferreira, intitulado “Projeto de Avaliação Externa da implementação do Decreto-lei 3/2008”, é o ponto de partida para a reflexão que nos acompanha de seguida. Relativamente aos tópicos em anotação eflui uma conclusão essencial, a de que o DL 3/2008 limitou o acesso aos serviços de EE a muitos alunos. Se, à primeira vista, este pode ser considerado um aspeto favorável em relação ao anterior decreto (DL n.º 319/91), nomeadamente a definição clara do público a que se destina, outras críticas se levantam, questionando-se até a verdadeira intencionalidade desta medida. Objetivamente, o dispositivo legal diminuiu substancialmente a possibilidade de alguns alunos com diagnósticos de PHDA, Dislexia e outras PAE, potencialmente considerados com NEE, usufruírem dos serviços de EE, pelo menos na opinião dos profissionais/educadores que com eles convivem (e.g., “saíram alunos, bastantes a meu ver, disléxicos então é aberrante”, p. 101; “Temos de dizer com toda a frontalidade, acho que a utilização da CIF foi instrumental para reduzir”, p.102).

Segundo os participantes, a decisão da elegibilidade deriva de aspetos formais do próprio instrumento (i.e., o aluno elegível é aquele cujo perfil de funcionalidade contém predominantemente qualificadores dos níveis 3 e 4 nas componentes das *Funções do Corpo* e das *Atividades e Participação* – deficiência ou limitação grave/completa), mas também da ausência de relatórios médicos que consubstanciem o diagnóstico (Sanches-Ferreira et al., 2010).

Às apreciações manifestadas pelos entrevistados neste estudo se juntam alguns peritos na área da EE em Portugal, como é o caso de Luís de Miranda Correia. Logo após a publicação do DL 3/2008, este investigador empenhou-se na análise do documento e uma das críticas mais veementes foi precisamente a utilização da CIF no campo da educação (como instrumento que define critérios de elegibilidade para a EE), sem sustentação empírica que o determinasse (Correia, 2008). Uma investigação que teve a sua orientação revelou, por exemplo, que a mesma criança com NEE foi classificada usando a CIF de maneira diferente nos sete agrupamentos analisados. De acordo com os investigadores, o uso da CIF em educação “é altamente desaconselhado”, pelo que na sua opinião o decreto-lei 3/2008 devia ser “suspenso” ou “revogado” (Correia & Lavrador, 2010).

Sem nos posicionarmos relativamente à pertinência do uso da CIF, temos porém que reforçar a necessidade de maior investigação neste domínio, para que se convirjam opiniões que resultem em práticas uniformes na identificação, referenciação e intervenção dos alunos com

NEE. Parece-nos, apesar disto, que existem algumas incongruências entre a linguagem utilizada na CIF (rígida e padronizada) e a terminologia adotada nos relatórios médicos e/ou psicopedagógicos que consubstanciam as problemáticas que se inserem nas NEE (e.g., a nomenclatura do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM; ou do *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* - ICD), o que por si só dificulta a avaliação especializada nas escolas, tornando todo este processo algo “mecanizado”, não se distinguindo as reais especificidades de cada aluno, o que subsequentemente leva a intervenções pedagógicas generalizadas e pouco adequadas (e.g., Sanches-Ferreira, Lopes-dos-Santos, Alves, Santos, & Silveira-Maia, 2013).

Cabe-nos, por fim, fazer alusão ao DN 17/2015, de 22 de setembro, que regulamenta a avaliação e certificação dos conhecimentos adquiridos no ensino básico e estipula medidas de promoção de sucesso escolar para estes alunos. O DN 17/2015 estabelece que os alunos com NEE de caráter permanente “(...) prestam as provas finais de ciclo previstas para os restantes examinandos, podendo, no entanto, usufruir de condições especiais de avaliação ao abrigo da legislação em vigor.” (art.º 11, p. 27380-6). No âmbito da EE ainda se deve realçar as medidas de promoção de sucesso escolar (art.º 20), mormente direcionadas aos alunos com problemas de aprendizagem que decorrem de fatores externos (e.g., ambientes familiares desestruturados ou dispedagogia escolar) e os casos especiais de progressão (art.º 25), que são destinados aos alunos sobredotados.

4 A educação especial nos Açores

Dada a escassez de registos, a informação que aqui se apresenta resulta, em grande parte, de uma consulta ao projeto AEIA (Avaliação da Escola Inclusiva nos Açores) e do prelúdio apresentado no DL 15/2006.

De uma forma geral constata-se que o percurso da EE nos Açores fica marcado por atrasos relativamente ao que se passou no continente português, principalmente no que se refere à operacionalização de uma filosofia integradora e do que lhe está subjacente, mas também por algum pioneirismo, nomeadamente algumas medidas no sentido da implementação de uma perspetiva inclusiva de educação.

O ponto de partida nesta matéria deu-se em 7 de novembro de 1945, pelo Decreto-Lei n.º 35 108, com a criação do Centro de Educação Especial dos Açores (CEEA), sendo que apenas

em 1968 foi produzida a legislação necessária para clarificar o seu regime de instalação, através do Decreto-Lei n.º 48 485, de 12 de junho.

Somente 10 anos depois, em 1978, a EE passou a ser tutelada pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, sendo o seu âmbito de ação orientado para a intervenção dos deficientes com problemáticas severas, pese embora a existência, neste período, de algumas condicionantes ao nível de estruturas adequadas, docentes e técnicos especializados. O apoio pedagógico individual destinado aos alunos portadores de deficiência viria a ser estabelecido a 21 de julho de 1987 (Portaria n.º 34/87) (Leitão, 2007).

No início da década de 90, os CEEA de Ponta Delgada e de Angra do Heroísmo são extintos e os seus serviços passam para a tutela da Secretaria Regional da Educação e Cultura, tendo sido criadas, em sua substituição, as Escolas de Educação Especial de Ponta Delgada (EEEPD) e de Angra do Heroísmo (EEEAH). Estas escolas estavam vocacionadas para o apoio às crianças e jovens com NEE, assegurando o cumprimento da escolaridade obrigatória àqueles que, pelo seu grau de incapacidade, não pudessem ser integrados em estabelecimentos de ensino superior.

Foram também nesta fase constituídas Equipas de EE em todos os concelhos da região autónoma dos açores (RAA), pelo Decreto Regulamentar n.º 2/93/A, de 23 de fevereiro, e criada, pela Secretaria Regional da Educação e Cultura, uma Divisão para a EE, entretanto extinta (Hofsäss, Leitão, & Medeiros, 2009). Estas equipas estavam dotadas de vastas competências, apoiando crianças e jovens até aos 18 anos, através de diferentes modalidades de apoio.

No entanto, foi a partir do ano de 1998 que se assistiu a uma grande reestruturação do sistema de EE, impulsionada com a promulgação do Decreto Legislativo Regional (DLR) n.º 2/98/A, de 28 de janeiro e do Decreto Regulamentar Regional n.º 10/98/A, de 2 de maio, que “resultou na criação de uma rede escolar tendencialmente integradora de todo o funcionamento do sistema educativo em cada parcela da Região e concebida na perspetiva da escola inclusiva” (Hofsäss et al., 2009, p. 7).

Foram desta forma estruturadas as primeiras escolas básicas integradas de carácter inclusivo, um passo preponderante para que o sistema educativo encontrasse os meios necessários para uma escola inclusiva. Às escolas básicas/integradas são incumbidas as tarefas anteriormente asseguradas pelas Equipas de EE. Simultaneamente são organizados Centros de Recursos Especializados, numa primeira fase como unidades autónomas e posteriormente integrados em unidades orgânicas do ensino regular (Luz et al., 2008).

Um novo passo em direção à escola inclusiva é dado em 1999, com a aprovação pela assembleia legislativa dos açores da Resolução n.º 121/99, de 22 de julho. Este diploma incorpora e adapta os princípios consignados no DL n.º 319/91, no que concerne à implementação do regime educativo especial, previsto na alínea i (art.º 2, ponto n.º 2), no que se refere aos currículos alternativos previstos na alínea b (art.º 11, ponto n.º 1) do mesmo articulado legislativo, permitindo o cumprimento dos requisitos da escolaridade obrigatória das crianças e jovens com NEE. Designou-o de “Programa de Cidadania”, que incluía cinco subprogramas: (i) Intervenção Precoce; (ii) Sócio-Educativo; (iii) Despiste e Orientação Vocacional; (iv) Pré-Profissionalização; e (v) Ocupacional (Leitão, 2007).

Posteriormente, em 2001, a 2 de agosto, é publicado o DN n.º 34/2001, em que se estabelece as orientações relativas à criação de uma modalidade específica de encaminhamento e escolarização destinada a alunos sujeitos a retenção repetida no 1.º ciclo do ensino básico, denominado “Programa Oportunidade, subprograma Integrar” (que viria a ser alvo de alterações, como se constatará adiante).

Com a publicação destes dois programas (i.e., Cidadania e Oportunidade), verifica-se que a RAA enrevesou de certa forma o caminho da inclusão que vinha a estabelecer, ao legislar sobre a constituição de turmas especiais nos estabelecimentos do ensino regular, quer para os alunos com NEE prolongadas (no caso das incapacidades graves), no primeiro programa, quer para as crianças em risco de abandono escolar, no segundo.

Em 2002, o DLR n.º 26/2002, de 11 de setembro, estabelece as condições pelas quais as estruturas de orientação inclusiva e dos serviços especializados do apoio educativo se regem. Porém, o regime jurídico da EE e do apoio educativo nos Açores surge apenas em 2006, com a publicação do Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A de 7 de abril. Este dispositivo legal deriva de um anteprojeto do DL sobre EE e apoio socioeducativo, elaborado pelo Ministério da Educação e apresentado para discussão pública em janeiro de 2004¹⁵, que não foi contudo aprovado a nível nacional (Hofsäss et al., 2009).

Note-se que este diploma abarca também a modalidade do apoio educativo, sendo a justificação para esta evidência fornecida no preâmbulo do documento, da seguinte forma: “embora se reconheça a individualidade dos conteúdos inerentes aos conceitos de EE e de apoio educativo e se tenha tido o maior rigor na identificação de cada um deles, optou-se por expressar o regime jurídico de ambos numa mesma sede legal, no sentido preciso de acautelar e promover as evidentes sinergias operacionais entre ambos os institutos” (p. 2685).

¹⁵ A proposta inicial havia sido apresentada em 2003.

Definem-se assim num único documento quem são os destinatários da EE; alunos com dificuldades (de caráter permanente) decorrentes de fatores endógenos, nos domínios auditivo, visual, cognitivo, comunicacional (incluindo a linguagem e a fala), emocional, motor e da saúde física; e do apoio educativo, alunos com dificuldades de aprendizagem (de caráter temporário) que podem ser ultrapassadas com medidas de apoio educativo, não reclamando por isso uma intervenção especializada da EE.

O modelo de projeto educativo individual (designado de programa educativo individual no DL 3/2008) preconizado neste diploma integra os indicadores de funcionalidade, das potencialidades e níveis de aquisições e dificuldades do aluno, obtidos por referência à CIF-CJ, à semelhança do que é estipulado a nível continental pelo DL 3/2008.

Na realidade, quando comparados os dois diplomas verifica-se que, nas suas linhas gerais, a matriz concetual quanto aos objetivos e princípios orientadores da EE é a mesma, sendo possível até identificar alguns dos mesmos equívocos que continuam a servir de barreira à implementação de uma educação inclusiva (a começar pelo discurso utilizado).

Com efeito, o DL 15/2006 apresenta inúmeras incongruências quando confrontadas certas medidas com alguns dos princípios “inclusivos” que o norteiam. Se, por um lado, a EE e o apoio educativo passam a fazer parte integrante das estruturas das redes de ensino regular, assumindo-se desde logo uma opção clara pelo modelo da escola inclusiva, em que se garante às escolas a autonomia e as condições para estabelecerem o atendimento aos alunos com NEE, a forma como se propõe a operacionalização de tais serviços é manifestamente contraditória. Ora vejamos, integra-se todas as crianças no sistema regular de ensino (não na sala de aula regular), mas implementa-se uma filosofia centrada no aluno e nas suas dificuldades. Em concreto, o articulado refere que, no âmbito da intervenção da EE, (...) “serão adotados modelos diversificados de integração, garantindo a utilização de ambientes o menos restritivos possível” (p. 2689, art.º 11, ponto 1). Aceitando estes pressupostos nem precisaríamos de analisar o restante documento para perceber que o atendimento a esta população far-se-á através de um sistema de prestação de serviços. No seguimento da análise efetuada, confirmaram-se as nossas reservas, ou seja, o regime de EE (...) “formaliza-se de acordo com as necessidades de cada criança ou jovem, no âmbito de grupos ou turmas do ensino regular, bem como em unidades especializadas integradas nas unidades orgânicas do sistema educativo regional” (p. 2689, art.º 12, ponto 3). Objetivamente, “quando o número de crianças e jovens o justifique, devem ser criadas unidades de apoio e educação de cegos, surdos e autistas” (p. 2689, art.º 7, ponto 3) e “sempre que numa escola ou grupo de escolas limítrofes o número de alunos com necessidades educativas semelhantes o justificar (...) são

criadas as turmas com projetos curriculares adaptados às necessidades específicas destes alunos” (p. 2689, art.º 13, ponto 1). Sendo certo que esta circunstância representa alguns avanços, nomeadamente a confluência de serviços num mesmo espaço (a escola de ensino regular), não menos verdade é que o discurso é muito mais “integrativo” que “inclusivo”, propondo-se a homogeneização e não a diversificação.

Se algumas dúvidas existissem, a legislação produzida posteriormente confirma esta tendência, perpetuando uma normativa que visa o incremento de práticas integradoras.

A 18 de agosto de 2008, a Portaria n.º 71/2008 surge em resposta ao DL 15/2006 (art.º 42, pontos 1 e 2), especificamente no que se refere à criação de programas de carácter profissionalizante e ocupacionais para alunos com NEE e dificuldades de aprendizagem.

O Programa Cidadania (anteriormente definido na Resolução n.º 121/99) nas suas linhas gerais é mantido, mas passou a ser denominado Programa Específico do Regime Educativo Especial.

Por sua vez, o Programa Oportunidade foi alvo de duas prorrogações após a sua implementação (DN n.º 34/2001). Concretamente; a Portaria n.º 64/2011, de 22 de julho, reformula o programa introduzindo quatro subprogramas, designados por Oportunidade I, II e III e Oportunidade Profissionalizante; e a Portaria n.º 60/2013, de 1 de agosto, veio alterar a estrutura curricular, a duração e os destinatários dos quatro subprogramas. Importa, neste âmbito, aludir as principais razões que o justificaram, especificamente refere-se no documento que (...) “a reformulação agora operada visa aumentar a permeabilidade desta medida educativa no âmbito do sistema de ensino regular e travar a atual tendência crescente do Programa Oportunidade em afirmar-se como uma modalidade alternativa e paralela àquele sistema”. Tal prerrogativa reforça a nossa convicção anterior em relação ao tipo de práticas educativas que resultariam da legislação que tem sido elaborada.

Não obstante, as primeiras mudanças ao regime educativo especial surgiram com a publicação da Portaria n.º 60/2012 (do artigo 38.º ao 53.º), de 29 de maio de 2012 e mais recentemente com a Portaria n.º 75/2014, de 18 de novembro. Reportando-nos a este último dispositivo legal, aprez-nos salientar algumas medidas introduzidas, que de certa forma surgem na sequência da publicação do DL 3/2008, no sentido de facultar aos docentes orientações precisas e instrumentos que lhes possibilitem determinar o grau de complexidade de cada caso, informação esta que carecia no DLR 15/2006. Em particular, referimo-nos à especificação (e operacionalização) das possíveis medidas educativas (art.º 42) para a adequação do processo de ensino e aprendizagem dos alunos com NEE, nomeadamente: (a) apoio pedagógico personalizado; (b) adequações curriculares individuais; (c) adequações no

processo de matrícula; (d) adequações no processo de avaliação; (e) adequação da turma; (f) currículo específico individual; (g) adaptações materiais e de equipamentos especiais de compensação; (h) turma com projeto curricular adaptado; (i) unidades especializadas com currículo adaptado; e (j) programas específicos do regime de educação especial. Relativamente ao apoio educativo é criado o Programa de Apoio Educativo (art.º 35), e são definidas as possíveis medidas a implementar neste âmbito (art.º 36), tais como: (a) pedagogia diferenciada em sala de aula; (b) programas de tutoria para apoio a estratégias de estudo, orientação e aconselhamento do aluno; (c) atividades de compensação em qualquer momento do ano letivo ou no início de um novo ciclo; (d) aulas de recuperação; (e) atividades de ensino específico da língua portuguesa para alunos oriundos de países estrangeiros; (f) estratégias pedagógicas e organizativas específicas; e (i) adoção de condições especiais de avaliação. Finalmente, à semelhança do DL 3/2008, introduz-se o Plano Individual de Transição (art.º 81).

Terminamos esta diacrónica da legislação com a publicação do DLR n.º 17/2015, de 22 de junho, que faz a primeira alteração ao DLR 15/2006 (as mudanças anteriormente descritas não representam alterações, mas sim adendas), e que passa a regular a Intervenção Precoce na RAA. Especificamente, este documento altera o art.º 25 do DLR 15/2006, alargando o âmbito da sua atuação (consoante os casos) até à idade da escolaridade obrigatória e redefinindo o ser regime de apoio ao jardim de infância ou aos locais onde não existam equipas de apoio adequadas.

Em jeito de conclusão, podemos considerar que a realidade da EE e das políticas inclusivas no nosso país (a nível continental e regional) ainda está longe das recomendações internacionais nesta matéria.

Discorrer acerca da inclusão é uma tarefa muito mais complexa do que aparenta ser. Na nossa perspetiva, para poder abordar o assunto é necessário, acima de tudo, ser-se um cidadão consciente dos direitos da vida humana. A inclusão é muito mais do que a não exclusão e não representa uma extensão da integração. Nem será, por certo, o cumprimento de um conjunto de requisitos consagrados nos demais documentos e diplomas legais, entre os quais se atinge o expoente máximo na Declaração de Salamanca, como se de uma *check-list* se tratasse. É preciso, sim, que todos os agentes educativos estejam imbuídos da filosofia inclusiva e que se

criem condições (políticas, administrativas, etc.) para a operacionalização dos princípios que lhe estão subjacentes, salvaguardando-se, sempre, as indiscutíveis diferenças ao nível do contexto sociocultural e da comunidade escolar onde a mesma está inserida.

Passados 22 anos ainda continuamos a debater os princípios da inclusão ratificados na Declaração de Salamanca e a forma de os aplicar. Não nos parece que a elaboração de uma nova carta de recomendações, realizada num outro local, seja a solução para o problema. Talvez se trate de uma questão de boa vontade (política, social e educativa), pelo que a explicação do que realmente significa inclusão (através de ações de sensibilização direcionadas a todos os quadrantes da sociedade) fosse um bom ponto de partida. No plano exclusivamente educativo, a confluência de opiniões e práticas inclusivas entre as diferentes escolas (colaboração em rede) também seria um contributo essencial.

Parte II

Revisão literária acerca da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Capítulo II

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: dimensões essenciais

5 Definição

Embora não exista uma definição consensual há algumas descrições que merecem ser destacadas da literatura da especialidade. Referimo-nos às explicações propostas por Russel Barkley (e.g., Barkley, 2014; Barkley & Edwards, 2006/2008), investigador que tem dedicado a sua carreira ao estudo desta temática, e à exposição contemplada no DSM-5, a última versão de um dos principais manuais de diagnóstico de referência nesta matéria.

Barkley e Edwards (2006/2008, p. 375) propõem a seguinte descrição:

“ (...) a PHDA é definida como uma perturbação do desenvolvimento, e não como uma doença mental ou resultado do stress na família. O atraso evolutivo afeta a capacidade da criança em regular o comportamento, controlar o nível de atividade, inibir reações impulsivas ou manter a atenção”.

Mais recentemente, o mesmo autor avança com a seguinte definição “Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) continues to be the current diagnostic label for children and adults presenting with significant problems with attention, and typically with impulsiveness and excessive activity as well. Children and adults with ADHD represent a rather heterogeneous population that displays considerable variation in the degree of members symptoms, age of onset, cross-situational pervasiveness of those symptoms, and the extend to which other disorders occur in association with ADHD” (Barkley, 2014, p. 3).

Por sua vez, no DSM-5, a PHDA é descrita como uma perturbação persistente de desatenção ou falta de concentração e/ou impulsividade/hiperatividade, que se manifesta de modo mais acentuado e grave que o habitual em sujeitos com o mesmo nível de desenvolvimento, interferindo de modo significativo no rendimento académico, social ou laboral (APA, 2014).

6 Evolução do conceito

A ideia de que a PHDA é uma problemática recente, um artefacto social contemporâneo que resulta essencialmente da pouca disponibilidade para uma educação eficaz, é contrariada com os registos científicos desenvolvidos ao longo de mais de duas centenas de anos.

As primeiras referências médicas à PHDA surgiram no século XVIII, por um médico alemão, Melchior Adam Weikard, que, em 1775, incluiu no seu livro “Der Philosophische Artz”, um capítulo (3.º) intitulado “Lack of Attention, Attentio Volubilis”. Aí podemos verificar como Weikard percecionava a doença, alguns excertos, retirados da Barkley e Peters (2012) são bastante elucidativos dos primórdios do pensamento científico neste domínio: “Those, who have a lack of attention, are generally characterised as unwary, careless, flighty (...)”; “An inattentive person won’t remark anything but will be shallow everywhere”; “Such people only hear half of everything; they memorize or inform only half of it or do it in a messy manner”; “According to a proverb they generally know a little bit of all and nothing of the whole ou “(...) they are also most inconstant in execution” (Barkley & Peters, 2012, p. 627). Não obstante, antes de revisitadas estas publicações já haviam sido creditados méritos a Alexander Crichton, um médico de origem escocesa. Este, em 1798, publicou um livro de medicina relacionado com a natureza das perturbações mentais, no qual está incluído um capítulo relacionado com as perturbações da atenção. Neste compêndio faz uma análise detalhada e holística daqueles que são considerados hoje os sintomas nucleares da PHDA (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade). Além disso, na sua abordagem à natureza da problemática refere o carácter iminentemente congénito (rejeitando a exclusiva dependência de fatores sociais) e a possibilidade da coexistência com outras perturbações mentais (Barkley & Peters, 2012).

Os nomes que se seguem surgem já no século XIX e são apontados em muitos trabalhos científicos como sendo os pioneiros no estudo da PHDA, isto é, Heinrich Hoffman e George Still. As primeiras indicações de crianças hiperativas surgem num poema do médico alemão Heinrich, em 1865, que derivam da sua experiência clínica neste domínio. Porém, ao longo das décadas o reconhecimento científico tem sido atribuído ao pediatra britânico Still, por ser o primeiro autor a descrever a condição comportamental em crianças que mais se aproxima do que é hoje conhecido por PHDA.

Em 1902 discursou numa série de palestras sobre “psychical conditions (...) of abnormal defect of moral control in children”, as quais originaram três cartas (“The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN”) que foram publicadas no “The Lancet” (Still, 1902a; Still, 1902b; Still, 1902c). Para este pediatra “moral control” significa “the control of action in conformity with the idea of the good of all . . . (that) can only exist when there is a cognitive relationship to the environment.” Assim, o “moral control” requer “consciousness” que informa a capacidade de “inhibitory volition” (Still, 1902a). Still descreveu o comportamento de 43 crianças, que observou no decorrer da

sua prática clínica, as quais manifestavam sérios problemas em focar a atenção, elemento que, segundo o autor, seria importante no “controlo moral do comportamento”. A maioria dos casos reportados são tendencialmente hiperativos (i.e., muitos foram caracterizados como agressivos, desafiantes, resistentes à disciplina, excessivamente emocionais ou “apaixonados” e todos mostraram pouca “volição inibitória” do seu comportamento) (Barkley & Peters, 2012). É já no século XX que se começa a descrever de forma mais sistemática os sintomas da perturbação, sendo que as primeiras designações remetiam diretamente para as diferentes hipóteses da sua etiologia. Na década de trinta¹⁶, as crianças com sintomas típicos de PHDA eram conhecidas como tendo “brain damage”, pois era sabido que os sujeitos com lesões cerebrais apresentavam comportamentos semelhantes (Force, 2005).

Entre os anos 1950 e 1960, devido aos avanços no campo da farmacologia e de outras investigações, nomeadamente neuroanatômicas, que se dedicaram a analisar as áreas cerebrais responsáveis pela manifestação dos sintomas da PHDA, abandona-se, gradualmente, o conceito de lesão cerebral e adota-se o termo “Minimal Brain Dysfunction”. Contudo, esta designação não satisfaz a maioria dos críticos, pois continua a abranger um grupo muito heterogéneo de crianças com perturbações distintas (e.g., atenção, memória, linguagem, etc.) (Eisenberg, 2007).

Não surpreende, pois, que a partir de 1960, estas crianças comecem a ser chamadas de “Hyperactive” ou “Hyperkinetic”, tanto que em 1968 foi incluído na segunda versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Saúde Mental (DSM-II) o termo “Hyperkinetic Reaction of Childhood” (Force, 2005).

A partir da década de 70, no seio da comunidade científica (onde se destacam os trabalhos de Douglas) surge a convicção de que a hiperatividade não era o único (ou o mais importante) défice comportamental observado em crianças com PHDA, mas que as dificuldades de atenção e concentração eram igualmente (senão mais) importantes para explicar os seus comportamentos, assim como os problemas de natureza académica (Barkley, 2006/2008a).

É neste período que surgem também mudanças em relação à operacionalização dos critérios de diagnóstico. O DSM-III, publicado em 1980, estabelece a tónica que viria a ser seguida nas restantes edições, a de que a atenção, mais do que a hiperatividade, é o elemento central no mecanismo da patologia, que por conseguinte passou a ser chamada: “Attention Deficit Disorder (ADD); with hyperactivity (ADD + H) and without hyperactivity (ADD-H)”; e nas

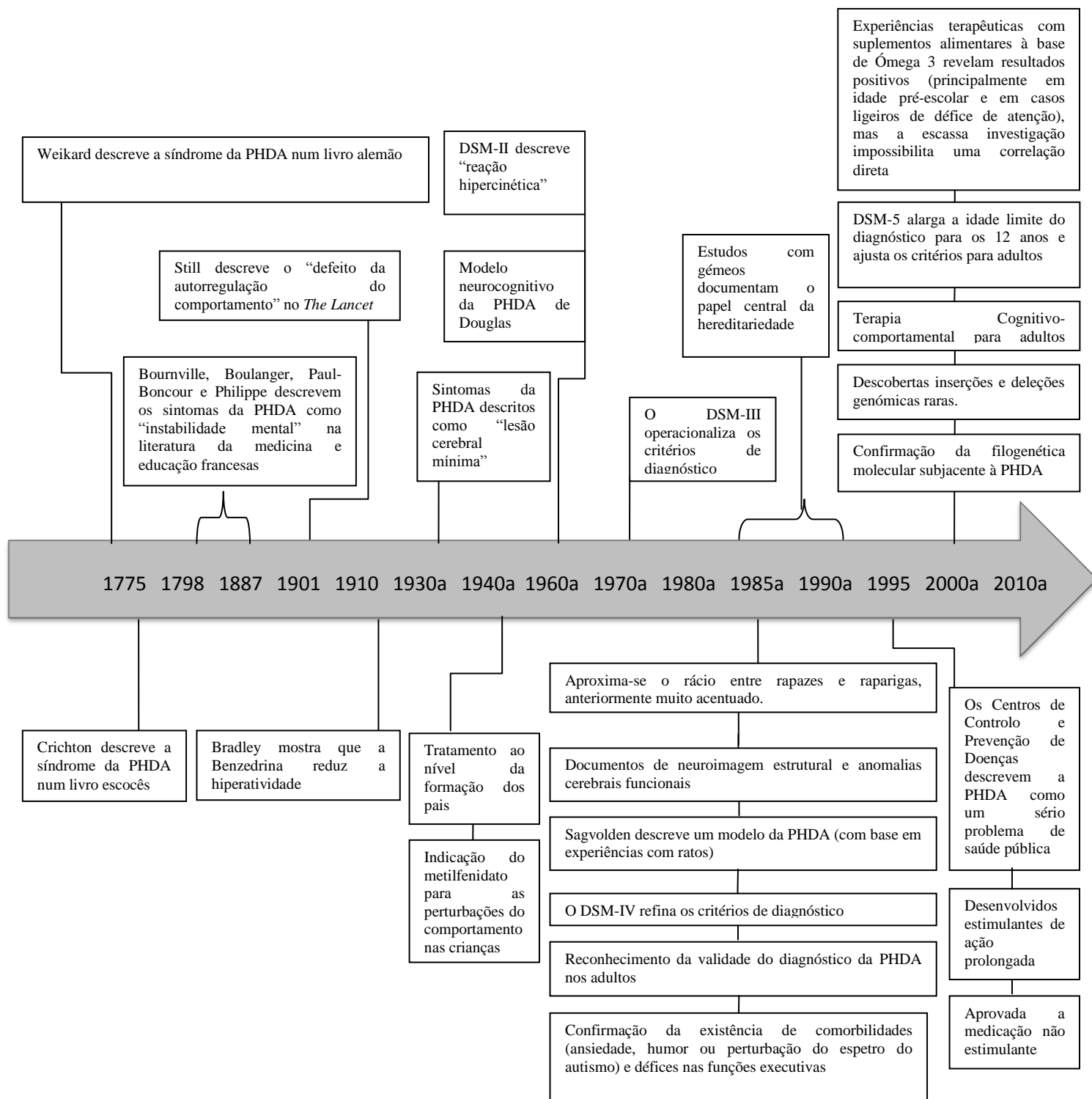
¹⁶ Em 1937, salienta-se uma importante descoberta do ponto de vista terapêutico, a primeira evidência do efeito benéfico dos medicamentos estimulantes (e.g., anfetamina) sobre os sintomas da PHDA, através de uma experiência desenvolvida por Bradley (Barkley, 2006/2008a).

seguintes [i.e., DSM-III-R (1987), DSM-IV-R (1994), DSM-IV-TR (2000) e DSM-5] “Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ”. Foram-se sobretudo determinando os elementos do diagnóstico atual desta perturbação, especificamente os sintomas nucleares de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, a subdivisão em apresentações consoante a presença ou não de um predomínio de falta de atenção ou da hiperatividade/impulsividade em cada sujeito.

A partir dos anos 90 eclode o reconhecimento de que a perturbação não é exclusiva das crianças, assume-se o seu carácter permanente e a possibilidade de também se manifestar na idade adulta, embora com trajetórias e características diferentes.

No esquema 1 estão resumidos os principais marcos da história da PHDA.

Esquema 1: A história da PHDA.



Fonte: Traduzido e adaptado de Faraone et al. (2015, p. 3, Figura 1)

7 Epidemiologia

Ainda que exista sólida concordância em admitir que a PHDA está presente em diferentes culturas, grupos étnicos, faixas etárias (atinge também os adultos) e ambos os sexos (afeta também as raparigas) (APA, 2014), a interpretação dos estudos de prevalência não se configura uma tarefa simples, uma vez que os critérios de diagnóstico dos principais manuais internacionais de referência foram sofrendo alterações ao longo dos últimos 30 anos. Objetivamente existe um conjunto de fatores que determinam a variabilidade dos resultados, entre as quais se destaca: (i) conceito e definição da PHDA adotado pelos especialistas; (ii) critérios específicos de diagnóstico utilizados (ICD ou DSM); (iii) fontes de informação consultadas (e.g., pais, professores); e (iv) técnicas de recolha de dados usadas (e.g., escalas, entrevistas) (Skounti, Philalithis, & Galanakis, 2007).

Em função disto, as taxas de prevalência presentes na literatura são muito diferentes e variam entre 2% e 18% (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Porém, e apesar das diferenças já reveladas, Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman e Rohde (2007) fizeram uma meta-análise com base em 100 artigos relevantes neste campo, apontando para uma prevalência mundial da PHDA em crianças e adolescentes de 5.3%.

Por outro lado, a investigação de Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling e Rohde (2014) indica uma estabilidade desse valor, referindo que nas últimas três décadas não há evidências que apontem para um aumento do número de crianças que satisfaçam os critérios para a PHDA, desde que se respeitem procedimentos padronizados de diagnóstico.

No nosso país não se vislumbra nenhum estudo epidemiológico desta natureza, se bem que alguns trabalhos realizados na Universidade de Coimbra em 1990 e na Universidade de Lisboa em 2000 apontam para uma prevalência entre os 4% e os 5% em crianças em idade escolar (Rodrigues & Antunes, 2014).

Nos adultos, estima-se que esta taxa de prevalência seja de 2.5%, valor ponderado numa meta-análise que abarcou seis estudos desenvolvidos com esta população (Simon, Czobor, Bálint, Mészáros, & Bitter, 2009).

No que se reporta à distribuição diferenciada em função do género, os estudos demonstram de modo relativamente consistente que a perturbação é mais frequente no sexo masculino, numa proporção que é mais elevada nas crianças (ratio 2:1) do que nos adultos (ratio 1,6:1) (APA, 2014; Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, & Cadogen, 2004; Erskine et al., 2013). Por outro lado, o género também parece ser uma variável decisiva no tipo de apresentação da

perturbação. No sexo feminino predomina a desatenção, enquanto os rapazes são mais inquietos e impulsivos e, por isso, mais facilmente identificados. Na realidade, sabe-se que existe uma probabilidade 2.2 vezes superior em obter um diagnóstico da apresentação desatenta no sexo feminino (Biederman et al., 2002; Staller & Faraone, 2006). Apesar de assumir-se que as diferenças no género resultam amíde das perceções acerca do comportamento de quem identifica esta perturbação (e.g., professores), outras explicações têm sido levantadas. Um estudo recente (Arnett, Pennington, Willcutt, DeFries, & Olson, 2015), que envolveu 2.332 gémeos e irmãos, utilizou instrumentos comportamentais e cognitivos para testar a hipótese de que as diferenças de género na PHDA derivam de outros aspetos etiológicos e que não são um mero artefato social. Os resultados mostram que 14% dos tamanhos do efeito alcançados são explicados por endofenótipos cognitivos (i.e., fatores de risco cognitivos, como por exemplo ao nível das FE, que explicam alguma variação da perturbação e que estão, em teoria, ligados ao genótipo subjacente), o que significa que a distribuição desigual da PHDA em função do sexo, bem como o seu nível de gravidade, parece dever-se a fatores de natureza neurobiological, nomeadamente fatores genéticos (Arnett et al., 2015).

Por fim, uma questão que ultimamente tem suscitado alguma apreensão prende-se com os dados que apontam para um sobrediagnóstico desta perturbação, principalmente depois das alterações operadas aos critérios de diagnóstico no DSM-5. Com efeito, um estudo recente, cujos participantes tinham idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, mostrou um aumento da prevalência de 7,38% para 10,84%, quando se estendeu o critério dos 7 anos de idade definido no DSM-IV para os 12 anos, imposto no DSM-5 (Voort, He, Jameson, & Merikangas, 2014). Uma vez que os critérios para o diagnóstico aos adultos são agora menos exigentes, é legítimo supor um aumento significativo da prevalência nesta faixa da população e conseqüente ocorrência de falsos positivos. Em favor desta tese surgem outras evidências empíricas, em particular um estudo com uma amostra bastante representativa - 4000 jovens adultos (i.e., com idades entre os 18 e os 19 anos) - mostrou um aumento da prevalência em 27%, quando adotados os critérios do DSM-5. Em concreto, quando avaliados pelo DSM-IV obteve-se uma prevalência de 2,8% comparativamente aos 3,55% do DSM-5 (Matte et al., 2015).

8 Etiologia

Apesar da abundante bibliografia e dos evidentes progressos neste domínio, a etiologia da PHDA ainda não é completamente conhecida, pese embora se reconheça seguramente a sua natureza multifatorial. Há, pois, um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos subjacentes a esta perturbação, uns com maior influência que outros, no surgimento e expressão dos seus sintomas típicos, entre os quais sobressaem as causas genéticas/hereditárias; neurobiológicas e neuropsicológicas; pré, peri e pós-natais; e ambientais (familiares e socioculturais).

8.1 Genética/hereditariedade

A origem genética e hereditária foi preconizada a partir de trabalhos distintos no campo da genética molecular (e.g., estudo dos genes candidatos e variações genómicas) e de outros que envolveram o estudo de pessoas com laços familiares entre si (e.g., estudos com gémeos monozigóticos/dizigóticos e de casos de adoção).

Há evidências suficientes que nos permitem concluir quanto à grande importância dos fatores genéticos na expressão dos sintomas da perturbação, embora o modo de transmissão genética específica ainda não esteja claramente definido.

Estudos com gémeos mostram que a hereditariedade tem um forte peso na PHDA apresentando uma taxa estimada de 70%-80%, em crianças e adultos (Larsson, Chang, D'Onofrio, & Lichtenstein, 2014). Tal constatação é mais proeminente na investigação com gémeos monozigóticos, pois de uma análise de 20 estudos diferentes com esta população, obteve-se uma estimativa de 76% de casos coincidentes, fazendo da PHDA uma das perturbações do neurodesenvolvimento com maior carga hereditária (Faraone et al., 2005). Por sua vez, a investigação conduzida em matéria de adoção revela que existem índices mais elevados de PHDA nos pais biológicos de crianças com este problema que nos pais adotivos (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy, & Faraone, 2000). Acresce ainda que são poucos ou nenhuns indícios de que os fatores ambientais de risco partilhados pelos irmãos influenciem substancialmente a etiologia (Burt, 2009), sendo que existem ainda resultados que apontam que a hereditariedade explica cerca de 76% da variação fenotípica (Faraone & Mick, 2010; Freitag, Rohde, Lempp, & Romanos, 2010).

Uma vez reconhecido o traço significativamente hereditário, têm sido utilizados dois métodos principais para analisar a suscetibilidade genética da PHDA: (i) os estudos de associação

genómica (*genome-wide association* – GWAS), que visam a identificação (na totalidade do genoma humano) de regiões cromossómicas associadas a um determinado fenótipo, sem conhecimento da mutação causal da variação genética; e (ii) uma abordagem empírica que visa estudar os genes candidatos, cujo foco se baseia na análise de variações genéticas num determinado segmento do genoma, a partir de genes identificados como potenciais causadores da perturbação (Hawi et al., 2015). Contudo, os esforços para replicar os dados obtidos, na maioria das vezes, revelaram-se infrutíferos, produzindo resultados inconsistentes, como demonstrado numa meta-análise de estudos de associação genómica (Neale et al., 2010) e noutra de genes candidatos à PHDA (Gizer, Ficks, & Waldman, 2009). Os estudos de associação genómica identificaram novas conexões, incluindo genes envolvidos na divisão celular, adesão celular, migração neuronal e plasticidade neuronal, assim como variações genómicas verificadas em outras perturbações, como a esquizofrenia, a PEA, a perturbação depressiva e a perturbação bipolar (Asherson & Gurling, 2011; Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013). Embora estes estudos não tenham identificado genes específicos da PHDA em níveis de associações genómicas com significância (Neale et al., 2010), resultados auspiciosos emergiram a partir de estudos de genes candidatos à PHDA envolvendo os sistemas dos neurotransmissores da monoamina (Gizer et al., 2009). Os dados mais robustos apontam para variações nos genes recetores D4 e D5 da dopamina; outros genes que mostram possíveis associações com a PHDA incluem o SLC6A4 (que codifica o transportador de serotonina dependente do sódio), o SLC6A2 (gene transportador da norepinefrina e o alelo T do rs7984966), o HTR1B (que codifica o recetor de serotonina 1B), o HTR2A [polimorfismo de nucleótido único (SNP – single nucleotide polymorphism) rs7984966 no gene recetor da serótina] e o SNAP25 (que codifica a proteína associada a sinaptossomas) (Asherson & Gurling, 2011; Gizer et al., 2009; Pinto, Asherson, Ilott, Cheung, & Kuntsi, 2016).

Em suma, ambos os tipos de estudo (i.e., genes candidatos e associação genómica) indicam claramente a existência de uma multiplicidade de genes envolvidos na etiologia da PHDA, mas sugerem que nenhum destes genes isoladamente é suficiente para causar e explicar a perturbação.

8.2 Neurobiologia e neuropsicologia

A forma como o nosso cérebro se organiza e funciona reflete-se nos comportamentos. É com base nesta premissa que se baseiam as teorias neurobiológicas e neuropsicológicas explicativas da génese da PHDA.

Uma larga pesquisa no campo da neuroanatomia tem revelado alterações cerebrais importantes, especificamente na conectividade estrutural e funcional do cérebro (Qiu et al., 2011). Por exemplo, alguns estudos apontam que a PHDA está associada a uma redução de 3-5% do tamanho total do cérebro em comparação com os grupos controlo (Castellanos et al., 2002; Proal et al., 2011) e que esta pode ser compreendida pela redução de massa cinzenta (Greven et al., 2015). Em pacientes com PHDA foram ainda encontradas alterações volumétricas em regiões cerebrais específicas, nomeadamente no cerebelo, núcleo caudado, gânglios basais, certas partes do corpo caloso, e ainda um possível envolvimento do cíngulo anterior (Frodl & Skokauskas, 2012; Stoodley & Schmahmann, 2009; Valera, Faraone, Murray, & Seidman, 2007). As diferenças são particularmente perceptíveis nas áreas cerebrais anteriores, incluindo um menor volume do córtex pré-frontal e frontal (Barkley, 2006/2008b). Por sua vez, os estudos de neuroimagem funcional que utilizam tarefas relacionadas com a atenção, memória de trabalho e controlo inibitório testemunham que as crianças com PHDA apresentam uma redução da atividade cerebral global, que é mais saliente ao nível dos circuitos fronto-estriatal, frontoparietal e ventral da atenção (Bush, 2011; Cortese et al., 2012). O circuito frontoparietal medeia os processos executivos dirigidos a objetivos, ao passo que a rede ventral da atenção facilita a reorientação da atenção para estímulos externos comportamentais relevantes (Faraone et al., 2015). A título exemplificativo, grande parte dos estudos realizados documenta menor ativação do estriado ventral na antecipação da recompensa em pacientes com PHDA quando comparados com os grupos controlo (Plichta & Scheres, 2014). Além disso, constata-se uma hiperativação dos sistemas visuais, que possivelmente deriva de um funcionamento anormal do córtex frontal e do cíngulo anterior (Cortese et al., 2012).

Sabe-se que a administração de metilfenidato altera a atividade das áreas afetadas, nomeadamente aumenta a ativação do córtex frontal inferior (que é uma das principais áreas do controlo cognitivo) e normaliza a atuação do núcleo caudado direito durante o desempenho das tarefas que exigem a atenção (Hart, Radua, Nakao, Mataix-Cols, & Rubia, 2013; Rubia et

al., 2014), o que por si só reforça a tese de que a PHDA deriva de alterações funcionais do cérebro.

Do ponto de vista neurocognitivo há uma considerável e diversificada bibliografia que aponta diferenças entre os grupos de PHDA estudados e os grupos-controlo. Mais especificamente, inúmeros investigadores propõem que a PHDA pode resultar de um défice geral nas funções executivas (FE) ou a um défice nuclear em um ou mais domínios das FE (e.g., Barkley, 1997; Pennington & Ozonoff, 1996; Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005). Esta teoria é amplamente fundada na constatação de que as lesões no córtex pré-frontal por vezes originam comportamentos de hiperatividade, distrabilidade ou impulsividade, assim como défices nas tarefas que envolvem as FE (Barkley, 2006/2008b).

Os circuitos neurais envolvidos nas FE têm conexões recíprocas com muitas outras regiões do cérebro, incluindo a via mesolímbica, uma rede neural composta pelo sistema límbico, o cíngulo anterior e córtex frontal orbital. A sobreposição destes circuitos desempenha um papel importante nos processos cognitivos, emocionais e motivacionais, em função da tarefa e do contexto (Crocker et al., 2013). Por exemplo, no estado motivacional, em resposta a questões relacionadas com a recompensa e a punição (Barkley, 2006/2008b).

Os défices no funcionamento executivo refletem-se fundamentalmente ao nível da memória de trabalho, do controlo inibitório, da vigilância e do planeamento (Sergeant, 2005; Willcutt et al., 2005). Outros domínios prejudicados integram a fala e linguagem (Tomblin & Mueller, 2012); velocidade de processamento e variabilidade do tempo da resposta (Kuntsi & Klein, 2012); e o controlo motor (Fliers et al., 2009).

Apesar da maioria dos sujeitos com PHDA manifestar défices em uma ou mais funções neurocognitivas, há casos em que eles não se registam e também são muito poucos aqueles que revelam dificuldades em todos os domínios referidos (Coghill, Seth, & Matthews, 2014).

8.3 Outros fatores etiológicos com origem pré, peri e pós-natal

São considerados outros fatores de risco biológico, entre os mais citados estão: aditivos alimentares/dietas; exposição a metais e toxinas (e.g., chumbo); exposição ao cigarro e álcool; fumar durante a gravidez; a prematuridade; o baixo peso ao nascer; as infeções do sistema nervoso central e os traumatismos cranianos graves.

Ainda que a dieta para a PHDA defendida por Feingold tenha sido generosamente divulgada pelos *media* e aceite por muitos pais, diferentes estudos revelam a sua ineficácia, concluindo-

se que os alimentos aditivos (e.g., corantes alimentares e açúcares) não causam a perturbação (Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007; Conners, 1980).

Vários investigadores têm documentado que a contaminação por chumbo e a exposição a outras toxinas ambientais (e.g., organofosfato, pesticidas, bifenilos policlorados, zinco) podem causar sintomas de PHDA. No entanto, os resultados da investigação são controversos, por exemplo, a maioria das crianças com PHDA não foram expostas ao chumbo e muitas crianças com elevada exposição a este metal não desenvolvem a perturbação (Banerjee et al., 2007; Scassellati, Bonvicini, Faraone, & Gennarelli, 2012).

Outros motivos apontados incluem consumo de álcool e cigarro durante a gravidez, baixo peso à nascença e a prematuridade (Knopik et al., 2006; Langley, Holmans, Van den Bree, & Thapar, 2007; Mick, Biederman, Prince, Fischer, & Faraone, 2002).

Vários estudos documentam que o consumo de tabaco durante a gravidez é um fator de risco independente (e.g., Mick, Biederman, Faraone, Sayer, & Kleinman, 2002; Milberger, Biederman, Faraone, Chen, & Jones, 1996).

De outro modo, as complicações durante o parto (i.e., toxemia, eclampsia, má saúde materna, idade materna, pós-maturidade fetal, a duração do trabalho de parto, baixo peso ao nascer e hemorragia pré-parto) parecem ser elementos importantes na predisposição para PHDA (Sprich-Buckminster, Biederman, Milberger, Faraone, & Lehman, 1993).

Uma investigação atual demonstrou que as crianças com PHDA que nasceram precocemente têm maior probabilidade de apresentarem problemas de aprendizagem (desde muito cedo) em áreas curriculares nucleares (i.e., matemática, escrita e leitura) que aquelas que tiveram um período de gestação normal (Silva et al., 2015).

Não obstante, na generalidade os efeitos de quaisquer uns destes fatores são reduzidos, podendo ser maiores ou menores consoante os diferentes casos analisados. Além disso, sabe-se que não são específicos para a PHDA e que estão associados a várias outras perturbações psiquiátricas e do neurodesenvolvimento (Faraone et al., 2015).

8.4 Fatores contextuais

Sem questionar o papel determinante da hereditariedade na manifestação dos sintomas da PHDA, é certo que estas pessoas estão sujeitas a influências ambientais individuais e à aprendizagem social que não é compartilhada. A gravidade dos sintomas, a sua trajetória desenvolvimental, a presença de sintomas secundários e as consequências da perturbação,

estão todos relacionados, com maior ou menor gravidade, com os fatores contextuais (Barkley, 2006/2008b).

Embora se reconheça que não existe uma correlação direta e efetiva entre o contexto familiar/sociocultural e a PHDA, há um conjunto de fatores de risco que têm de ser equacionados nesta relação (e.g., baixo nível socioeconómico; desagregação ou conflito parental; psicopatologia parental; *stress* parental) (Johnston & Mash, 2001; Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008).

Na realidade, embora não sejam considerados fatores etiológicos primários, estes elementos poderão precipitar ou agravar os sintomas “hereditários” da perturbação, isto é, a interação gene-ambiente é inevitável e os fatores não genéticos são determinantes para o fenótipo (Cordinhã & Boavida, 2008; Nigg, Nikolas, Friderici, Park, & Zucker, 2007). Por exemplo, uma variante do 5-HTTLPR – uma região polimórfica localizada no gene promotor do neurotransmissor da serotina SLC6A4 – está envolvida nas dimensões da hiperatividade e impulsividade da PHDA em interação com o *stress*, isto é, os resultados da investigação indicam que a interação entre o genótipo (i.e., 5-HTTLPR) e o *stress* é um mecanismo preditor da gravidade dos sintomas da hiperatividade/impulsividade, e que este é independente da existência de problemas comórbidos de natureza internalizante (Van der Meer et al., 2014).

Os ambientes familiares desestruturados e caóticos podem agravar os sintomas da PHDA da criança, atendendo sobretudo ao facto de que, dada a sua condição genética, os pais poderão também ter a perturbação. Nestes casos, prevê-se uma dificuldade acrescida no provisionamento de um ambiente familiar adequado (Mokrova, O'Brien, Calkins, & Keane, 2010). A literatura sugere que as mães com PHDA normalmente manifestam um estilo educativo negativo, pautado por maiores exigências e menos elogios, que os apresentados pelas mães que não têm a perturbação (Daley, 2006). Além disso, é também referido que as mães com filhos com PHDA são menos tolerantes e sentem uma necessidade extrema de controlar o ambiente da criança, mesmo em situações de lazer (Zisser & Eyberg, 2012). A identificação da hiperatividade no pré-escolar tem sido associada às crianças cujos pais exibem um estilo parental coercivo, hiperestimulante ou intrusivo (Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009).

No entanto, tais resultados podem (e devem) ser analisados de outro ponto de vista. Uma revisão bibliográfica nesta matéria, em que foram exploradas variáveis como a interação entre os pais e filhos, as avaliações dos pais relativamente aos comportamentos dos filhos, o funcionamento psicológico dos pais e o *stress* familiar, concluiu que as características

familiares associadas à PHDA devem ser encaradas através de um modelo transacional (Johnston & Mash, 2001). Quer isto dizer que a fraca tolerância dos pais poderá também ser uma consequência do comportamento da criança e não um elemento precipitante. Ou seja, estes pais, face a comportamentos sistemáticos inadequados (ou classificados como tal pela sociedade) tornam-se gradualmente hipersensíveis a qualquer desvio comportamental da criança e que noutras situações seria considerado perfeitamente normal.

Existem poucas evidências, mas algumas investigações revelam que os estilos parentais adotados com as crianças com PHDA possam influir no desenvolvimento de outras perturbações de natureza internalizante (e.g., ansiedade e depressão), na trajetória académica e na relação com os pares (Deault, 2010).

No que se reporta ao nível socioeconómico da família, a maioria dos estudos reporta associações negativas entre o nível socioeconómico e a PHDA. Por exemplo, os resultados obtidos por Larsson, Sariaslan, Långström, D'Onofrio e Lichtenstein (2014) demonstram uma associação entre o baixo rendimento familiar e o aumento da probabilidade na infância das crianças desenvolverem PHDA.

Em suma, mais que tudo importa destacar que a qualidade das relações no sistema familiar e no contexto escolar não origina, mas pode atenuar ou agravar os sintomas da perturbação (Taylor et al., 2004).

9 Caracterização e comorbilidades

Todas as pessoas com PHDA apresentam a maioria dos sintomas (ou comportamentos) nucleares abaixo descritos (i.e., falta de atenção, hiperatividade e impulsividade).

Além das características principais podem ainda manifestar outras comorbilidades neuropediátricas ou de neurodesenvolvimento (e.g., patologia do sono, perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, epilepsia, perturbação da aprendizagem específica) e psiquiátricas (e.g., perturbação desafiante de oposição, do comportamento, da ansiedade, depressão, perturbação de abuso de substâncias) que agravam o desenvolvimento e curso da perturbação nos diferentes contextos em que estão inseridos (em particular na escola).

9.1 Défice de atenção

A falta de atenção remete-nos para a incapacidade de concentração numa determinada tarefa por tempo prolongado, a dificuldade em prestar atenção aos pormenores, as frequentes distrações e o esquecimento das tarefas diárias. Uma vez que as crianças com problemas de atenção normalmente têm dificuldade em acompanhar os trabalhos através de regras e instruções, recordar-se do que aprenderam, manter a concentração na realização das tarefas que exigem um esforço mental sustentado (e.g., tarefas escolares); serem persistentes e organizadas na realização das tarefas, não é surpreendente que a desatenção esteja particularmente aliada a baixos índices na realização académica (APA, 2014; Barkley, 2003).

9.2 Hiperatividade

A hiperatividade, ou o excesso de atividade motora, reporta-se a um conjunto de comportamentos ou características inadequados ao desenvolvimento e à tarefa ou situação em questão, que envolvem inquietação, agitação e movimentos corporais brutos desnecessários (e.g., sempre de pé e em movimento, incapacidade para permanecer sentado sossegadamente, falar excessivamente e irrequietude) (APA, 2014; Barkley, 2006/2008a).

9.3 Impulsividade

A impulsividade, ou desinibição comportamental, traduz-se essencialmente na “ (...) dificuldade de pensar antes de agir” (Selikowitz, 2009/2010, p. 45), ou, como afirma Barkley (2006/2008a) uma incapacidade no autocontrolo, em atrasar uma resposta e a sua gratificação imediata, dificuldade em dominar ou inibir respostas imediatas, uma propensão para interromper as conversas dos outros, o que faz com que estas crianças fiquem mais vulneráveis a situações de risco e sejam alvo de mais sanções, reprimendas, castigos e censuras por parte dos adultos e amigos do que qualquer criança sem PHDA.

9.4 Comorbilidades neuropsiquiátricas e do neurodesenvolvimento

A literatura dedicada a esta matéria salienta a elevada associação entre a PHDA e as PAE (Hallahan, Lloyd, Kauffman, Weiss, & Martinez, 2005). Neste âmbito, uma meta-análise com base numa revisão de 17 estudos independentes efetuada por DuPaul, Gormley e Laracy (2013), aponta uma percentagem de comorbilidade média entre estas duas problemáticas de 45,1%, abrangendo alunos com dificuldades ao nível da leitura, escrita e matemática. Embora os mecanismos subjacentes e a relação de causalidade permaneçam desconhecidos, é certo que as crianças com sintomas de PHDA apresentam um risco muito elevado de desenvolverem PAE na leitura, escrita e matemática, quando comparadas com crianças sem sintomas de PHDA (Czamara et al., 2013). Por outro lado, parece evidente que as duas perturbações partilham um conjunto de défices cognitivos, especialmente na velocidade de nomeação e na consciência fonológica (Moura et al., 2016). Apesar dos factos descritos, referimo-nos a duas entidades nosográficas distintas (Pliszka, 2000). Em consequência, os especialistas advogam a necessidade de se empregar medidas de diagnóstico e estratégias de intervenção divergentes, que considerem as especificidades de ambas as perturbações neurodesenvolvimentais (Pereira et al., 1998).

Taanila et al. (2014) alerta-nos para o impacto negativo desta situação comórbida nas aquisições académicas, tendo demonstrado que os adolescentes com este diagnóstico experienciam um maior número de retenções escolares e simultaneamente possuem aspirações académicas mais baixas.

Mesmo não tendo PAE, um dos problemas associados mais evidentes nas crianças com PHDA são as dificuldades na aprendizagem, que na maioria das vezes geram insucesso académico. Este pode ser generalizado e não se confinar a uma área académica específica (leitura, escrita ou cálculo). Na realidade, são muitos os estudos que têm evidenciado o mau desempenho escolar das crianças com PHDA, em comparação com outras crianças que se encontram na mesma fase de desenvolvimento. Quando a pesquisa se torna tão volumosa é importante compilar, de forma criteriosa, alguns destes estudos através de uma meta-análise e retirar daí as respetivas ilações, conforme fizeram Frazier, Youngstrom, Glutting e Watkins (2007). Estes analisaram os resultados de 181 tamanhos do efeito (d) – por referência aos critérios definidos por Cohen (1988), a partir de 72 estudos publicados desde 1990, incluindo testes de desempenho padronizados (leitura, matemática e ortografia), escalas de avaliação para pais e professores, outro tipo de medidas intervalares (e.g., médias das notas, anos de estudo) e escalas de medida nominal (e.g., se ficou retido, se recebe serviços de educação

especial). O tamanho do efeito global obtido foi de $.71$, $p = .001$, indicador que reflete níveis de desempenho inferiores para os sujeitos com PHDA comparativamente aos grupos-controlo. Os tamanhos do efeito foram maiores para os testes de desempenho da leitura ($d = .73$) e matemática ($d = .67$), seguidos dos valores observados na ortografia ($d = .55$).

9.5 Comorbilidades psiquiátricas

Por sua vez, estima-se que cerca de 50 a 60% dos casos diagnosticados com PHDA estejam associados à Perturbação do Comportamento (PC) e/ou Perturbação Desafiante de Oposição (PDO) (Faraone, Biederman, & Monuteaux, 2002; Gillberg et al., 2004). Existem poucos estudos que distinguiram a PDO da PC, e conjuntamente avaliam as características da PHDA, mas os que o fizeram não encontraram diferenças significativas no impacto que ambas têm na manifestação dos sintomas da PHDA, sugerindo um *continuum* entre as duas condições diagnósticas (Schachar & Wachsmuth, 1990; Van Lier, Van der Ende, Koot, & Verhulst, 2007; Wiesner et al., 2015). Quando associada à PDO e ou PC, as crianças com PHDA manifestam maior agressividade e delinquência, mais problemas com os professores, dificuldades de relacionamento com os colegas da mesma idade, resultados escolares mais baixos, baixa autoestima, maior recusa em ir para a escola, entre outras características (Harada, Yamazaki, & Saitoh, 2002; Kuhne, Schachar, & Tannock, 1997; Waschbusch et al., 2002).

Por outro lado, cerca de 25% das crianças com PHDA apresentam características que consubstanciam um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade (PA) (cf. Schatz & Rostain, 2006) e 14% de Perturbação Depressiva (PD) (Larson, Russ, Kahn, & Halfon, 2011).

Segundo Classi, Milton, Ward, Sarsour e Johnston (2012), as crianças com PHDA associada a PD e PA, quando comparadas com crianças PHDA sem este tipo de comorbilidades, apresentaram maior suscetibilidade em ausentar-se da escola durante um período superior a duas semanas, ser atendidas por um profissional de saúde mais que seis vezes e ir às urgências hospitalares mais que duas vezes por ano.

Como na maioria das situações comórbidas, a explicação para a relação entre a PHDA e os restantes quadros clínicos (i.e., PDO, PC, PA e PD) não se encontra bem estabelecida, isto apesar de ser assumido tratar-se de entidades diagnósticas independentes, com bases etiológicas distintas, e em que os fatores ambientais desempenham um papel importante no aparecimento, gravidade e persistência ao longo da vida (Angold, Costello, & Erkanli, 1999;

Greene et al., 2002; Jarrett & Ollendick, 2008; Silberg, Moore, & Rutter, 2015; Takeda, Ambrosini, deBerardinis, & Elia, 2012).

Em paralelo, as crianças com esta perturbação sentem muitas dificuldades de integração social, especialmente na relação com os pares, que ocorrem como consequência das variações de comportamento que exibem (e.g., intrusivas, agressivas, dominadoras, etc.), tornando-as pouco populares e muitas vezes rejeitadas na escola (Barkley, 2006/2008a; Hoza, 2007; Hoza et al., 2005). A incapacidade para reconhecer e interpretar sinais sociais relacionados com a emoção (e.g., movimentos faciais, tom de voz e gestos) (Ludlow, Garrod, Lawrence, & Gutierrez, 2014), interfere igualmente no seu relacionamento interpessoal. Os contínuos conflitos com o meio social, a par dos repetidos insucessos escolares explicam, em parte, os níveis baixos de autoestima, (Bussing & Zima, 2000; Shaw-Zirt, Popali-Lehane, Chaplin, & Bergman, 2005).

10 Trajetória de desenvolvimento

É do conhecimento atual que a PHDA é uma condição crónica, que não representa um quadro clínico estável, mas sim mutável ao longo da trajetória do desenvolvimento (Agnew-Blais et al., 2016). Efetivamente, a literatura tem evidenciado que alguns dos sintomas centrais (falta de atenção, hiperatividade e impulsividade) podem alterar-se ou manifestar-se de modo significativamente diferente ao longo do desenvolvimento (Biederman, Mick, & Faraone, 2000).

Ultimamente assiste-se a um interesse crescente em torno da categorização e validação do diagnóstico da PHDA na idade pré-escolar e na idade adulta, em particular no segundo grupo, cujas evidências empíricas resultaram em alterações nos critérios de diagnóstico para esta população.

Como se irá descrever num tópico subsequente, o diagnóstico da PHDA é formulado com base nos sintomas presentes nos manuais de classificação internacionais (e.g., DSM), no entanto, a inexistência de critérios clínicos especificamente delineados para a idade pré-escolar contribui para a dificuldade acrescida do diagnóstico nesta etapa da vida (Purpura, Wilson, & Lonigan, 2010). Acresce que muitos dos sintomas típicos da PHDA se podem confundir com padrões comportamentais normais das crianças nesta fase de desenvolvimento, e outros parecem ser transitórios (Davis & Williams, 2011; Ford-Jones, 2015). Apesar do diagnóstico normalmente ser efetuado em crianças em idade escolar, os dados

epidemiológicos sugerem que o aparecimento dos sintomas normalmente ocorre pelos 3 anos de idade (Greenhill, Posner, Vaughan, & Kratochvil, 2008). Na pré-escola, a manifestação principal diz respeito aos comportamentos de hiperatividade/impulsividade e os estudos sugerem que a presença de sintomas de desatenção é pouco comum, no entanto, coloca-se uma vez mais a questão da sensibilidade dos sintomas, na medida em que na nosologia atual os sintomas de desatenção focam-se nas tarefas escolares (Chacko, Wakschlag, Hill, Danis, & Espy, 2009). Alguns autores alegam que a destatenção, quando se manifesta em idade pré-escolar, representa um fator estável, um bom preditor do diagnóstico a longo prazo, embora muito complicado de avaliar neste período (e.g., Purpura et al., 2010; Wakschlag, Leventhal, & Thomas, 2007). Ao invés, os sintomas de hiperatividade/impulsividade, apesar de evidentes, não se apresentam com a gravidade suficiente para se constituírem como bons preditores para o desenvolvimento da PHDA em idade escolar (Rajendran, O'Neill, Marks, & Halperin, 2015). Na opinião destes investigadores, a trajetória desenvolvimental subsequente é influenciada por outros fatores ambientais e neurológicos, sendo por isso essencial a sinalização/intervenção precoce dos potenciais casos de crianças com PHDA (Rajendran et al., 2015).

À semelhança do que é observado em crianças mais velhas e adolescentes, as crianças em idade pré-escolar, quando comparadas com os seus pares, apresentam poucas competências sociais, maior dificuldade de relacionamento com os colegas, dificuldades académicas acrescidas e um funcionamento cognitivo e neuropsicológico inferior. Além disso, os seus pais normalmente têm índices mais elevados de psicopatologia e *stress*, comportamento parental negativo, mostram menos confiança no seu desempenho parental e têm estilos de *coping* mais pobres (Arnett, MacDonald, & Pennington, 2013; Chacko et al., 2009). Lahey et al. (2004) desenvolveram um estudo longitudinal e concluíram que em 75% a 85% das crianças em idade pré-escolar (i.e., com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos) que cumpriram inicialmente os critérios para a PHDA, o diagnóstico manteve-se estável ao longo dos três anos posteriores.

Durante a escola primária a criança com PHDA é mais facilmente identificada, nesta fase assiste-se à expressão da tríade sintomática, embora a falta de atenção se torne mais proeminente, cujo impacto nas realizações académicas é muitas vezes problemático. Aliado a este facto, a rejeição dos pares e a presença de outras comorbilidades (principalmente PDO e PAE) acarretam consequências nefastas para a criança, ao nível da autoestima, da motivação para a realização das tarefas académicas, assim como da tolerância à frustração (Barkley, 2006/2008a).

Estimativas gerais indicam que em sensivelmente 80% dos casos os sintomas persistem na adolescência (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003) e 60% na idade adulta (Harpin, 2005).

Por seu turno, no período da adolescência o padrão comportamental caracteriza-se por decréscimo de sinais claros de hiperatividade (e.g., correr e saltar), dando lugar à inquietação ou um sentimento interno de nervosismo, agitação, ou impaciência (APA, 2014), sendo que os sintomas de desatenção são aqueles que se mantêm mais estáveis (Döpfner, Hautmann, Görtz-Dorten, Klasen, & Ravens-Sieberer, 2015). Na fase da adolescência é frequente o surgimento de um conjunto de complicações, tais como: condutas antissociais; consumo de substâncias psicoativas; gravidez indesejada; criminalidade (Barkley, 2006/2008a).

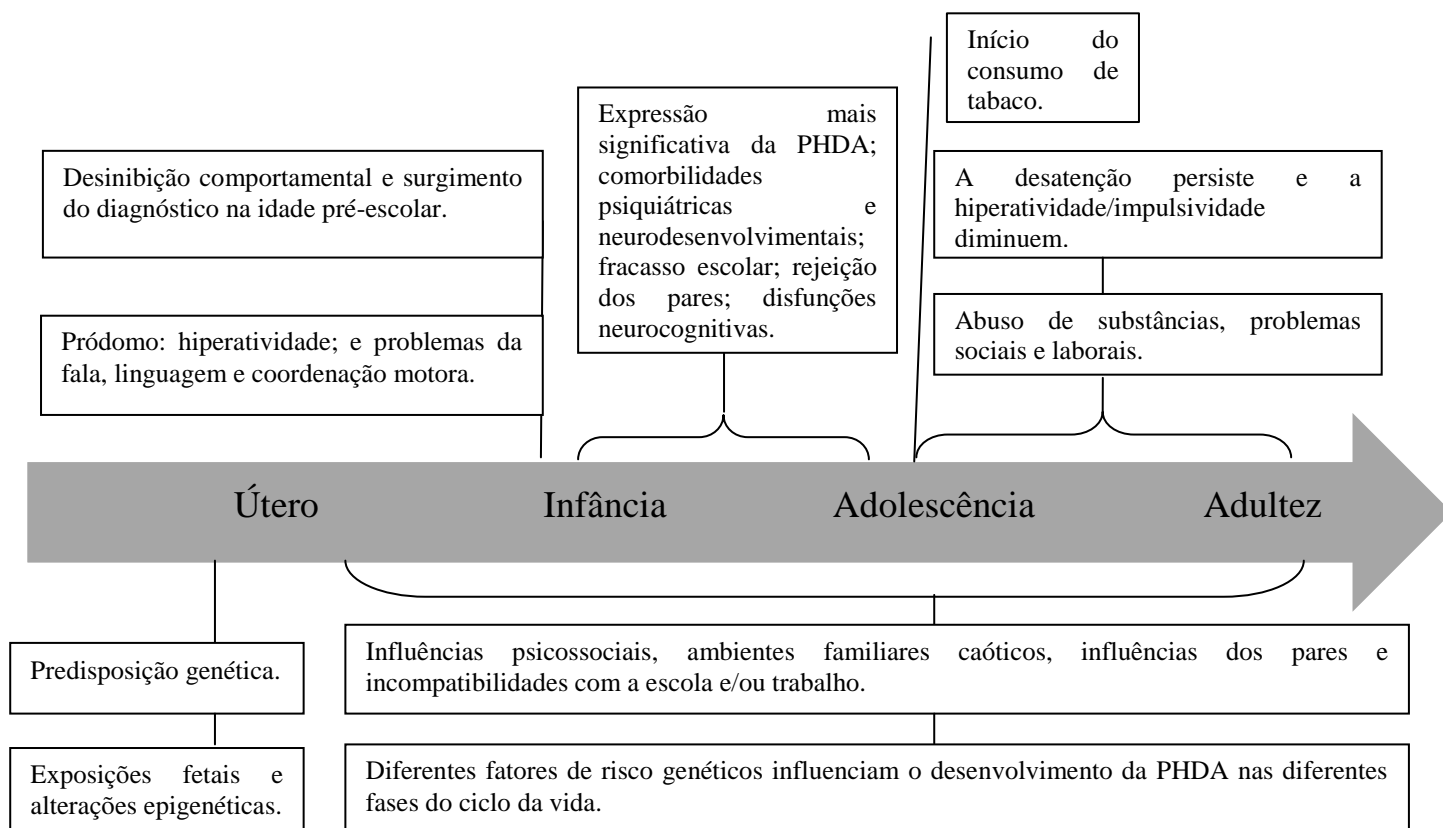
Na idade adulta nova metamorfose se observa, a falta de atenção persiste e observa-se uma diminuição dos sintomas de hiperatividade/impulsividade (Caye et al., 2016; Doehnert, Brandeis, Schneider, Drechsler, & Steinhausen, 2013).

No que se refere ao impacto da perturbação na qualidade de vida dos adultos, a investigação vem demonstrando que estes vivem constantemente com problemas relacionados com a sua rotina diária (e.g., cumprimento com compromissos laborais, horários, tarefas caseiras, etc.), no estabelecimento de relações sociais duradouras, na adequação do comportamento a regras vigentes na sociedade (e.g., crimes menores, condução de automóvel), na gestão do orçamento familiar (e.g., dívidas, jogo) e na saúde (e.g., dependência de substâncias) (Caye et al., 2016; Harpin, 2005; McCann & Roy-Byrne, 2000).

De acordo com os especialistas (e.g., Cordinhã & Boavida, 2008; Lahey et al., 2016) existem alguns fatores que contribuem para um prognóstico mais desfavorável, entre os quais: (i) momento do diagnóstico e início da intervenção (o mais relevante); (ii) a presença de comorbilidades (principalmente PDO e PC); (iii) défice cognitivo; (iv) insucesso escolar; (v) psicopatologia familiar; e (iv) baixo nível socioeconómico e cultural.

No esquema 2 apresentamos uma síntese dos aspetos clínicos e etiológicos mais relevantes ao longo da trajetória desenvolvimental da PHDA.

Esquema 2: Trajetória desenvolvimental da PHDA nos casos persistentes.



Fonte: Traduzido e adaptado de Faraone et al. (2015, p. 10, Figura 5)

11 Avaliação e Diagnóstico

A avaliação das crianças com PHDA deve incluir uma avaliação médica e uma avaliação psicoeducativa. A avaliação na idade adulta segue os mesmos princípios, embora com algumas adaptações, nomeadamente ao nível da entrevista clínica.

O diagnóstico é, portanto, essencialmente clínico e assente em critérios comportamentais bem estabelecidos nos principais manuais de classificação internacionais (DSM ou ICD). Na maioria dos casos é necessário a realização de um diagnóstico diferencial (i.e., averiguar ou excluir a existência de outras comorbilidades, como por exemplo as PAE).

O processo de diagnóstico requer a adoção de procedimentos múltiplos de avaliação (e.g., preenchimento de escalas de comportamento, aplicação de testes de desempenho, etc.) e a participação de diferentes profissionais das áreas da saúde e educação (e.g., pediatras,

neuropediatras, pedopsiquiatras, psicólogos, professores, etc.). É ainda imprescindível o contributo dos pais.

11.1 Avaliação médica

Sempre que se apresente (na criança, adolescente ou adulto) alguma alteração comportamental sugestiva da PHDA (i.e., défice de atenção, hiperatividade e impulsividade) é necessária uma avaliação médica completa, realizada por um médico com formação especializada (e.g., pediatra do desenvolvimento) para aquilatar todas as dúvidas. É recomendável que este processo siga alguns princípios básicos, de acordo com o que os especialistas nesta matéria esgrimem (e.g., Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Seixas, Weiss, & Müller, 2012).

Com efeito, na literatura defende-se que sejam padronizadas as práticas clínicas neste domínio e, por isso, a Associação Americana de Pediatria (AAP, 2011) elaborou um manual com a *guidelines* para avaliação, diagnóstico e tratamento na PHDA.

A primeira norma deste compêndio alerta para a necessidade de os médicos dos serviços de saúde primários, conhecidos em Portugal pelos médicos de família, estarem atentos a problemas evidentes e disfuncionais nas crianças e adolescentes ao nível da atenção, hiperatividade e impulsividade, assim como em relação aos seus resultados escolares (AAP, 2011). Um dos principais elementos do diagnóstico consubstancia-se na entrevista clínica, que deve iniciar-se assim que cumpridos os critérios de diagnóstico estabelecidos no DSM-5. Os médicos dedicar-se-ão a fazer um levantamento detalhado da história clínica do paciente, em especial perceber quando os sintomas apareceram pela primeira vez, em que circunstâncias, com que gravidade e, principalmente, se são adequados ao seu nível de desenvolvimento. Para o diagnóstico às crianças aplica-se uma entrevista semiestruturada aos pais (e.g., Parental Account of Children's Symptoms – PACS, Parent Report Form, Diagnostic Interview Schedule for Children – DISC) e aos adultos realiza-se diretamente aos próprios (e.g., Diagnostic Interview for Adult ADHD, second edition - DIVA 2.0, Adult – ACDS) (Faraone et al., 2015)

No ambiente de consulta, a observação direta do comportamento pode ser pouco esclarecedora e, por isso, nesta fase é solicitado o preenchimento de escalas de avaliação aos pais, professores e aos próprios adultos, quando for o caso (e.g., Conners Rating Scale-Revised, Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scales - VARS, Adult ADHD Self-Report

Scale - ASRS), que garantam informação adicional para a decisão clínica, uma vez que permitem aos informantes quantificar os comportamentos da criança e/ou adulto em casa, na escola/trabalho e na comunidade. Para finalizar esta etapa são revistos os antecedentes genéticos, possíveis ocorrências atípicas na gravidez e nascimento (e.g., exposição ao álcool e tabaco, prematuridade, etc.), bem como a anamnese (Oliveira, Pereira, Medeiros, & Serrano, 2015).

Os procedimentos acima enunciados auxiliam o médico a determinar a apresentação específica da PHDA e representam a segunda máxima descrita pela AAP (2011).

No decorrer da avaliação, e sempre que a história clínica do paciente indicie inequivocamente doença genética/hereditária, são pedidos exames complementares de diagnóstico (e.g., eletroencefalograma) (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007). Por sua vez, sublinha-se a necessidade em averiguar a presença de sinais ou sintomas de outras condições médicas associadas (e.g., baixa autoestima, humor depressivo, agressividade, comportamentos de oposição, dificuldades escolares), pois a presença de outras comorbilidades psiquiátricas e neurodesenvolvimentais agrava bastante o prognóstico da PHDA (Cordinhã & Boavida, 2008).

Estamos aqui perante a terceira premissa defendida pela AAP (2011), a avaliação de outras possíveis perturbações que normalmente coexistem com a PHDA.

Terminamos com a recomendação da AAP (2011) para os médicos encararem a PHDA como uma perturbação crónica (passível de ser diagnosticada nos adultos), e assim considerarem que estas crianças e jovens requerem terapêuticas específicas.

É sabido que um número significativo de pessoas mais novas com PHDA que usufruem de serviços especializados vai necessitar deste apoio na idade adulta (Taylor, Fauset, & Harpin, 2010), sendo por isso urgente que os serviços de saúde, assim como os diferentes especialistas acima referenciados, estejam preparados para esta transição e para uma resposta efetiva a esta população.

11.2 Avaliação psicoeducativa

A avaliação psicoeducativa consiste na aplicação, pelos psicólogos, de instrumentos devidamente aferidos e padronizados. Este tipo de avaliação justifica-se com o reconhecimento de que muitas das dificuldades subjacentes à PHDA resultam de alterações neuropsicológicas, nomeadamente um défice acentuado nas FE, principalmente a capacidade

de inibição da resposta e a memória de trabalho (Schoemaker et al., 2012; Weyandt et al., 2013). Concomitantemente deve ser valorizada a avaliação do desempenho neuropsicológico ao nível das três dimensões da atenção (i.e., sustentada, seletiva e dividida) (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007). Apesar de não constituir um elemento imprescindível ao diagnóstico, é frequentemente solicitado pelos clínicos, pois auxilia na avaliação diferencial (e.g., excluir a existência de défice cognitivo ou de PAE) e assume relevância no planeamento da intervenção educativa (pois permite detetar as funções neurocognitivas afetadas) (Cordinhã & Boavida, 2008; Oliveira et al., 2015; Willcutt et al., 2005).

Além da avaliação neuropsicológica é igualmente importante a avaliação da capacidade intelectual, que adquire particular relevo nos casos em que há na suspeita de PAE ou de défice cognitivo (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007), sendo crucial para avaliar as necessidades, competências e capacidades da criança nas suas aprendizagens. Neste enquadramento, existem diferentes testes disponíveis, sendo que um dos mais completos e frequentemente utilizados é a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* (WISC – WISC-III). Segundo Pereira e Simões (2005), a análise do perfil dos resultados alcançados com a aplicação deste instrumento apresenta sincronicamente alguma validade discriminante para efetuar o diagnóstico. Alguns dos subtestes mais referidos como possíveis marcadores da PHDA são: o perfil ACID que integra os subtestes de Aritmética, Código, Informação e Memória de Dígitos; o SCAD (Símbolos, Compreensão, Aritmética e Dígitos) e o FDI (Freedom from Distractibility Index, que integra os subtestes de Código, Aritmética e Dígitos na WISC-R e apenas os dois últimos na WISC-III) – em português Índice de Resistência à Distração (IRD). Não há contudo unanimidade relativamente a qual destes se configura mais adequado ou eficaz, dada a variabilidade nos resultados alcançados (que em muito se devem às características das amostras e dos instrumentos utilizados) (Oliveira et al., 2015).

11.3 Critérios de diagnóstico

O diagnóstico da PHDA é sempre clínico, pois não existe nenhum exame único ou marcador biológico específico, pelo que são utilizados os critérios comportamentais definidos no DSM-5 ou ICD-10.

O DSM é uma manual de referência internacional para o diagnóstico e classificação das perturbações mentais, nelas se incluindo as perturbações do (neuro) desenvolvimento.

Existem diferentes versões (que acompanharam a evolução científica neste âmbito), sendo que a quinta edição (a mais recente) foi publicada em maio de 2013, tendo a versão portuguesa sido comercializada em outubro de 2014.

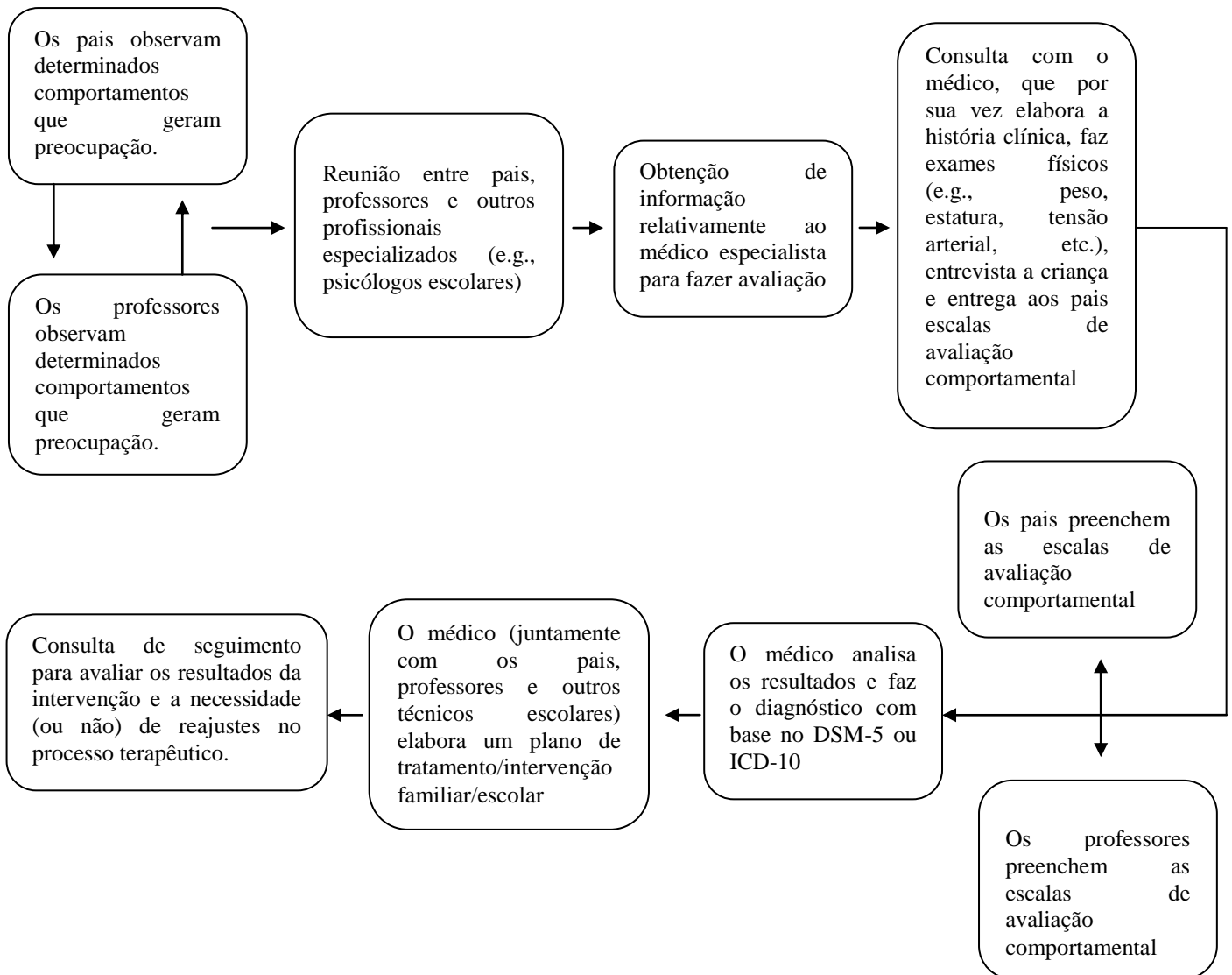
No DSM-5 a descrição da PHDA foi atualizada para uma caracterização mais efetiva dos sintomas na população adulta, uma vez que a anterior edição (DSM-IV) estava claramente mais vocacionada para o diagnóstico na população infantil (Oliveira et al., 2015). Entre as principais alterações destaca-se: (i) especificadores (designação dos subtipos por “apresentações” e introdução de três níveis – ligeira, moderada e grave – consoante o número e gravidade dos sintomas); (ii) idade de início (alargado dos 7 para os 12 anos na população adulta); (iii) ponto de corte (para a realização do diagnóstico a adolescentes – acima dos 17 anos – e adultos, são necessários um mínimo de 5 sintomas em qualquer uma das apresentações); e (iv) possibilidade de um diagnóstico comórbido com a PEA.

De acordo com este manual, para ser diagnosticada a PHDA, vários dos sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção devem ocorrer antes dos doze anos de idade e manifestar-se obrigatoriamente em mais de um contexto, pelo menos em casa e na escola. Estes sintomas devem provocar problemas significativos no funcionamento ou desenvolvimento (e.g., académico, social, laboral). Apesar de muitas pessoas manifestarem sintomas tanto de hiperatividade-impulsividade, como de falta de atenção, há casos em que um destes padrões é predominante.

Deste modo, estamos perante diferentes apresentações da PHDA, a **Combinada** [presença de pelo menos seis sintomas (cinco para a população adulta) de falta de atenção e de hiperatividade-impulsividade, durante um período mínimo de seis meses]; a predominantemente **Desatenta** [seis ou mais sintomas (cinco para a população adulta) de falta de atenção, mas menos de seis (cinco para a população adulta) de hiperatividade-impulsividade, persistem durante pelo menos seis meses]; e a predominantemente **Hiperativa- Impulsiva** [no mínimo seis sintomas (cinco para a população adulta) de hiperatividade-impulsividade, mas menos de seis sintomas (cinco para a população adulta) de falta de atenção, se expressam durante pelo menos seis meses) (APA, 2014).

No esquema 3 expomos os passos elementares que devem ser considerados na avaliação e diagnóstico clínico da PHDA em crianças e adolescentes.

Esquema 3: Procedimentos básicos de avaliação e diagnóstico



12 A intervenção em contexto escolar e familiar

12.1 Intervenção farmacológica

Este é certamente um dos assuntos mais polémicos e atuais da PHDA, originando inúmeras notícias nos *media* com títulos bem sugestivos (e.g., “Ritalina: a pílula da discórdia”; “Ritalina: a pílula da inteligência”), que se devem fundamentalmente a três fatores essenciais:

o reconhecimento da PHDA na sociedade; o aumento dos diagnósticos; aumento da prescrição da medicação.

Retomando a incursão à literatura científica verificamos que existem algumas reticências nesta matéria, nomeadamente afirma-se que “há preocupações residuais acerca da verdadeira segurança da medicação para a PHDA” (Graham et al., 2011, p. 18). Por exemplo, não se questionando a eficácia dos fármacos utilizados, há contudo abundante evidência empírica que aponta os efeitos adversos do seu uso, que geralmente são aceitáveis, porque se apresentam com carácter temporário e pouco gravoso, mas que não poderão ser negligenciados pelos especialistas, sobretudo em três domínios: (i) neurológicos; dores de cabeça, tonturas, insónias, convulsões; (ii) psiquiátricos; humor, ansiedade, tiques, sintomas psicóticos; e (iii) gastrointestinais; falta de apetite e conseqüentemente problemas de crescimento (Graham & Coghill, 2008). Além disso, há investigação que aponta outro tipo de conseqüências de ordem psicossocial e emocional nas crianças e adolescentes (e.g., Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Toomey, Sox, Rusinak, & Finkelstein, 2012), assim como na idade adulta maiores dificuldades interpessoais e no trabalho (Safren, Sprich, Cooper-Vince, Knouse, & Lerner, 2010), e maior probabilidade para o suicídio (e.g., Bangs et al., 2008; McCarthy, Cranswick, Potts, Taylor, & Wong, 2009). Mais ainda, refere-se que a medicação psicoestimulante é ineficaz no controlo dos sintomas comportamentais em cerca de 30% dos casos e é rejeitada e/ou abandonada por uma proporção significativa de jovens (Evans, Schultz, & Sadler, 2008). Não obstante, assiste-se na literatura a uma clara tendência que contrapõe os factos anteriormente descritos, e que aponta que o tratamento à base de fármacos para PHDA é seguro e eficaz, apoiada em resultados cujas taxas de resposta nas crianças e adultos variam entre os 70 e os 80% (Connor, 2006/2008; Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano, & Biederman, 2004; Spencer et al., 1996).

A opção pela prescrição de medicação é guiada pela avaliação do grau de severidade dos sintomas, presença de comorbilidades e períodos do dia em que os sintomas têm de ser minimizados (e.g., durante apenas algumas horas na escola, durante um dia inteiro escolar, durante uma tarde ou dia de trabalho) (Faraone et al., 2015).

A decisão por esta abordagem terapêutica tem como primeira preocupação a escolha do tipo de medicamento mais indicado para a pessoa em questão (i.e., estimulante ou não estimulante). Vários estudos suportam a eficácia de ambos na redução dos sintomas da PHDA em crianças e adultos, conforme comprovam as meta-análises desenvolvidas por Faraone e Buitelaar (2010) e Faraone e Glatt (2010), respetivamente. Contudo, nas crianças em idade pré-escolar, a primeira abordagem de tratamento recomendada é a de âmbito não

farmacológico, isto apesar de admitir-se a administração da medicação nesta faixa etária (a partir dos quatro anos), mas apenas nos casos em que os sintomas se apresentam com maior gravidade, e sempre que os tratamentos comportamentais não possam ser devidamente aplicados por especialistas (AAP, 2011). Com efeito, existem poucos dados em relação à tolerância, segurança e eficácia da medicação em idade pré-escolar, e a que existe é muito variável, havendo alguns estudos que demonstram a sua eficácia (e.g., Greenhill et al., 2006; Vitiello et al., 2007) e outros que indicam o contrário (Wigal et al., 2006).

Numa comparação relativamente à eficácia dos medicamentos estimulantes (e.g., anfetamina e metilfenidato) e não estimulantes (e.g., atomoxetina, guafancina e clonidina), os primeiros revelaram melhores resultados (Faraone, Biederman, Spencer, & Aleardi, 2006). Assim, de um modo geral, os estimulantes são habitualmente considerados os fármacos de primeira linha para o tratamento da PHDA (Antshel et al., 2011; Cordinhã & Boavida, 2008).

Normalmente este tipo de tratamento é considerado a longo prazo, à exceção dos pacientes cujos sintomas não persistem ao longo da vida. Refere-se que não provocam qualquer tipo de habituação ou dependência (Zheng et al., 2014), pelo contrário, e de modo surpreendente, sugere-se que o tratamento com estimulantes poderá até ser um fator protetor em relação ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas secundárias e abuso de substâncias na adolescência e idade adulta (Mannuzza, Klein, & Moulton 2003; Wilens, Faraone, Biederman, & Gunawardene, 2003; Wolraich et al., 2005). Apesar de possíveis, os efeitos secundários (e.g., náuseas, insónia, ansiedade, depressão, tiques, cefaleias, tonturas, etc.) normalmente são transitórios e não apresentam a gravidade necessária à suspensão do tratamento (Cortese et al., 2013; Cordinhã & Boavida, 2008). Efetivamente, diferentes revisões bibliográficas de estudos longitudinais comprovam que os estimulantes têm benefícios a longo prazo e apresentam bons níveis de tolerância (e.g., Dalsgaard, Skyt Nielsen, & Simonsen, 2014; Fredriksen, Halmøy, Faraone, & Haavik, 2013; Shaw et al., 2012). Existe, igualmente, abundante sustentação empírica na demonstração que a medicação estimulante pode ter implicações na melhoria do rendimento académico das crianças com este diagnóstico, nomeadamente ao nível da produtividade académica (e.g., melhores resultados na leitura e matemática), do comportamento, da atenção, assim como na memória de trabalho (De Sousa & Kalra, 2012; Wigal, 2009; Murray et al., 2011; Scheffler et al., 2009). Não obstante, o resultado dos efeitos da medicação no domínio académico, social, mas principalmente no tratamento de comorbilidades psiquiátricas é reduzido e questionável (Langberg & Becker, 2012; Van de Loo-Neus, Rommelse, & Buitelaar, 2011). Neste contexto, um novo modelo de tratamento farmacológico à base de medicação não estimulante

(e.g., guafancina e atomoxetina) tem sido amplamente discutido e foi recentemente introduzido na União Europeia para o tratamento de crianças e adolescentes com perturbações comórbidas. O guafancina pode beneficiar particularmente as crianças/adolescentes com determinadas comorbilidades (e.g., Perturbação Desafiante de Oposição e Perturbação de Tiques) que não tenham respondido às opções de tratamento de primeira linha (Sikirica et al., 2013; Huss, Chen, & Ludolph, 2016; Young, Rugino, Dammerman, Lyne, & Newcorn, 2014; Faraone, McBurnett, Sallee, Steeber, & López, 2013). É por este conjunto de razões que os especialistas argumentam que, na maioria das vezes, a medicação não deve ser considerada de forma isolada, mas em combinação com outro tipo de estratégias (e.g., comportamentais e cognitivo-comportamentais) (Cordinhã & Boavida, 2008; Connor, 2006/2008; Graham et al., 2011).

Existem variações geográficas em relação à priorização por terapias farmacológicas e não farmacológicas. Por exemplo, nos Estados Unidos da América o uso de estimulantes é normalmente a primeira abordagem ao tratamento da PHDA, ao passo que na Europa a indicação da medicação faz-se geralmente para os casos mais graves ou para os sujeitos que não respondem inicialmente à terapêutica não farmacológica (Atkinson & Hollis, 2010). Independentemente das diferenças referidas observou-se um aumento exponencial da prescrição de medicação estimulante em diferentes países (e.g., Geirs, Pottegård, Halldórsson, & Zoega, 2014; Zuvekas & Vitiello, 2012). Um estudo desenvolvido no Reino Unido analisou a prescrição da medicação para a PHDA entre 1995 e 2015. Numa amostra que compreendeu 7 432 735 pacientes, foram identificados 698 148 prescrições de medicamentos para a PHDA. A prescrição da medicação ganhou maior expressão a partir do ano 2000, período em que a taxa de prescrição, calculada a partir de um intervalo de confiança para uma proporção de 95% ($\alpha = .05$), foi de 42.7% (20,9; 87,2) por cada 10 000 pessoas, aumentando para 394,4% (296,7; 524,2) em 2015, o que corresponde a um aumento de quase 800%. Esta circunstância foi verificada em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, mas foi mais acentuada no sexo masculino, entre os 10 e 14 anos, concretamente. A proporção relativamente ao sexo feminino foi quase cinco vezes maior. Por último, o metilfenidato foi o tipo de medicação mais prescrito durante os 20 anos do estudo, representado 88.9% de todas as prescrições no grupo de pessoas entre os 6 e os 24 anos e 63.5% de todas as prescrições na idade adulta (i.e., entre os 25 e os 45 anos) (Renoux, Shin, Dell'Aniello, Fergusson, & Suissa, 2016).

Em suma, a medicação à base de estimulantes e não estimulantes pode desempenhar um papel fundamental no tratamento da PHDA, sendo muitas vezes indispensável para a melhoria da qualidade de vida destas crianças, assim como para o seu desempenho académico. Porém, é

necessário referir que a medicação não “cura” no sentido literal da palavra, mas sim, modifica condutas e funções, possibilitando um melhor ajustamento social e escolar dos sujeitos com PHDA (Prevatt & Young, 2014; Shier, Reichenbacher, Ghuman, & Ghuman, 2013).

12.2 Intervenção não farmacológica

Já foi explicitamente destacada a natureza multidimensional da PHDA e que as crianças com esta perturbação representam um grupo heterogéneo, por isso é essencial que a escolha do tratamento e intervenção seja feita em função do carácter idiossincrático de cada caso. As diversas opções passam pelo tratamento farmacológico (e.g., estimulantes e não estimulantes), intervenções de natureza comportamental e cognitivo-comportamental, intervenções de âmbito psicoeducativo e académico, sendo que na maioria das vezes é necessário articular inúmeros componentes (Antshel, 2015).

É imperioso destacar, tal como para o diagnóstico, o carácter multidisciplinar que uma tarefa desta amplitude exige, devendo os profissionais de saúde e educação delinear um plano de intervenção abrangente, centrado na criança, e em que os pais, professores e, por vezes, os pares são reconhecidos como elementos chave em todo o processo terapêutico. Aliás, é amplamente referenciado na bibliografia a importância de uma intervenção psicoeducacional inicial para pais e professores, que lhes confira o conhecimento da perturbação e os capacite com as ferramentas necessárias para a gestão dos problemas comportamentais, académicos e sociais que estas crianças manifestam (e.g., Nussey, Pistrang, & Murphy, 2013; Robin, 2014). Esta formação estabelece os alicerces para a gestão da PHDA, dentro de um paradigma de tratamento crónico suportado em decisões conjuntas que visam a adesão da criança às diferentes abordagens terapêuticas e promovam a sua eficácia (Faraone et al., 2015). A intervenção tem como principais objetivos controlar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, cujos benefícios se refletem ao nível do desempenho académico, ocupacional, das competências de relacionamento interpessoal e do bem-estar geral dos sujeitos com PHDA.

A implementação de abordagens não farmacológicas para o tratamento da PHDA pode dever-se a diferentes motivos, nomeadamente: (1) alguns sujeitos podem não responder positivamente à medicação ou podem apresentar, por exemplo, sensibilidade prévia ao metilfenidato ou alguma patologia cardíaca impeditiva; (2) a medicação pode não produzir os

melhores resultados em todos os domínios da perturbação; (3) os pacientes podem não ter acesso à medicação devido a restrições dos pais, dúvidas dos médicos ou até de políticas governamentais que limitem esta possibilidade; e (4) os sujeitos podem ser considerados muito novos ou não terem uma apresentação suficientemente grave que justifique a medicação (Ghuman & Ghuman, 2013).

Embora haja evidência empírica que sustente a importância desta abordagem no tratamento desta perturbação, principalmente ao nível da diminuição da manifestação de problemas comportamentais externalizantes nos diferentes contextos (e.g., casa e escola) e de melhorias em relação a competências de relacionamento interpessoal (Fabiano et al., 2009; Watson, Richels, Michalek, & Raymer, 2015), a sua eficácia é substancialmente inferior à medicação na redução dos sintomas nucleares da PHDA (Sonuga-Barke et al., 2013; MTA Cooperative Group, 1999), pelo que assim uma vez mais se reforça a necessidade de combinar as diferentes estratégias terapêuticas e aproveitar as potencialidades que cada uma oferece (Efron, Hazell, & Anderson, 2011).

A abordagem não farmacológica passa essencialmente pela implementação de dois tipos de intervenção (i.e., comportamental e cognitivo-comportamental), cujos objetivos incidem principalmente na regulação do comportamento manifestado em casa, na escola ou em qualquer outro contexto. Esta intervenção deve ser diferenciada e ajustada à idade do sujeito. Sendo assim, os tratamentos comportamentais para as crianças mais pequenas devem incluir consequências tangíveis, ser oferecidos com frequência e apresentados imediatamente após o seu comportamento, pois desta forma a criança percebe facilmente a conexão entre os comportamentos e as suas consequências. Para as crianças mais velhas, técnicas de treino de competências cognitivas podem ser introduzidas para permitir questões de conquista relacionada e, simultaneamente, envolvendo-as ainda mais no processo de tratamento, vai apelar ao seu desejo natural para a autonomia. À medida que os sujeitos se aproximam do final da adolescência e início da idade adulta, os tratamentos que envolvem um paradigma cognitivo tornam-se cada vez mais benéficos (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2014a; DuPaul & Weyandt, 2006). Em suma, o mais importante é assegurar que em todos os grupos etários os métodos e objetivos do tratamento sejam proveitosos e motivadores para os indivíduos (Young & Amarasinghe, 2010).

Adicionalmente, e uma vez que a PHDA acarreta graves prejuízos em contexto escolar, deve ser implementado um plano de intervenção específico, cujo propósito assenta na diferenciação e adaptação pedagógica às necessidades individuais de cada um destes alunos.

12.2.1 Terapia comportamental

A intervenção comportamental é o tipo de tratamento não farmacológico mais bem definido e recomendado para a gestão comportamental da PHDA e de outros problemas associados (e.g., acadêmicos) (Pfiffner & Haack, 2014).

Esta abordagem baseia-se no princípio do reforço (positivo e negativo) e na aprendizagem social, para promover ou extinguir determinados comportamentos, assim como melhorar a relação entre pais e filhos, de acordo com a premissa de que quando uma conduta é precedida de consequências ambientais favoráveis, ela manter-se-á no repertório dos comportamentos habituais da criança (Pfiffner & Haack, 2014; Wells et al., 2000). Na primeira e segunda infância normalmente esta prática apresenta-se através de formação aos pais (educação parental), estratégia que é bem recebida pelas famílias, especialmente quando o incumprimento de regras da criança é uma evidência. Esta medida apresenta resultados positivos na qualidade da educação familiar, assim como contribui para a diminuição da manifestação de problemas de conduta comórbidos. Tal como as restantes abordagens não farmacológicas, a formação para pais não substitui, mas complementa o tratamento farmacológico (Daley et al., 2014; Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin, 2012).

Enquadram-se as técnicas comportamentais também na escola que, em combinação com outros métodos que objetivam a adaptação do ambiente de sala de aula, desenvolvem a capacidade atencional e comportamental das crianças (Evans, Langberg, Egan, & Molitor, 2014). Sempre que possível, as intervenções comportamentais devem ser projetadas usando dados de avaliação funcional. Em primeiro lugar, deve ser selecionado um número limitado de objetivos de comportamentos-alvo claramente definidos que possam ter um efeito sobre o funcionamento académico. Por outro lado, os objetivos delineados devem ser utilizados para determinar as contingências, na maioria dos casos as intervenções devem conter reforço positivo imediato e/ou o custo-resposta (DuPaul, 2007), técnicas que serão descritas de seguida.

Estas estratégias podem ser proativas (ou antecedentes) ou reativas (consequentes) (DuPaul et al., 2014a; DuPaul & Weyandt 2006).

As **estratégias proativas** são intervenções que compreendem a manipulação de eventos que precedem o comportamento-alvo, na tentativa de prevenir a ocorrência do comportamento problemático. As mais referenciadas no tratamento da PHDA são: “tomada de escolhas” (*choice-making*); redução do tamanho das tarefas atribuídas; e o ensino ativo de regras de sala de aula (DuPaul & Weyandt 2006; Loe & Feldman, 2007; Morgan, 2006)

A **tomada de escolhas** permite que os alunos elejam entre duas ou mais atividades em sala de aula simultaneamente apresentadas (e.g., menu de tarefas acadêmicas). Desta forma, da criança espera-se que escolha e complete uma das tarefas listadas no menu durante o período de tempo previsto. Assim, enquanto o professor mantém o controlo sobre a natureza geral do trabalho atribuído, ao aluno é concedido algum poder sobre que tarefa deve concluir (Morgan, 2006).

Uma outra estratégia utilizada para abordar proativamente o comportamento disruptivo é **modificar as atribuições da tarefa**. Em algumas situações os alunos com PHDA envolvem-se em comportamentos disruptivos para evitar ou escapar a realização de algumas tarefas, tais como trabalhos escritos. Nesses casos, as atribuições para apurar as competências da escrita podem ser modificadas mediante a redução do seu programa total e/ou na conversão em subunidades, oferecendo ao aluno uma breve pausa após a conclusão de cada subunidade (DuPaul & Weyandt 2006).

Por fim, no que concerne ao **ensino ativo de regras em sala de aula**, os professores podem seguir alguns passos para implementar esta intervenção:

- a) Disponibilizar aos alunos várias regras de sala de aula formuladas de forma simples (e.g., "levantar a mão antes de falar");
- b) Lembrar estas regras aos alunos com base na discussão e demonstração com a classe;
- c) Sinalizar regularmente exemplos de alunos que estão a cumprir estas regras ("enaltecendo alunos que estão a ser bem comportados");
- d) Relembrar aos alunos as expectativas e regras antes do início de cada atividade escolar específica (DuPaul & Weyandt 2006).

Historicamente, a forma mais comum para penalizar um comportamento disruptivo em sala de aula é uma repreensão verbal do professor e/ou expulsão da sala de aula, porém, a dependência exclusiva de intervenções baseadas em punições raramente são eficazes para crianças com PHDA (DuPaul & Weyandt 2006).

Entre as **estratégias reativas** possíveis, que devem ser planeadas e ajustadas sob a orientação do psicólogo escolar, as que têm maior suporte empírico são: as reprimendas prudentes, o reforço *token* e o *time-out* (e.g., DuPaul et al., 2014a; DuPaul & Weyandt 2006; Gardill & DuPaul, 1996). A eficácia das **reprimendas verbais** pode ser melhorada através da especificidade da comunicação relativa às preocupações do professor, e através do emprego consistente imediatamente após a ocorrência inicial do problema comportamental. Além disso, as reprimendas são mais bem-sucedidas quando feitas de uma forma breve, calma e tranquila (DuPaul & Weyandt 2006).

Por sua vez, o **reforço token** (ou sistema de economia de fichas) é uma estratégia comumente usada em que os alunos ganham reforços imediatos (e.g., fichas, etiquetas, pontos) para atender às expectativas comportamentais. Os pontos podem ser trocados no final do dia ou da semana como reforços de compensação (e.g., escolher as tarefas escolares preferidas, os trabalhos de casa ou passar mais tempo no computador).

Vários estudos demonstram a sua eficácia na redução dos comportamentos disruptivos em sala de aula (e.g., Filcheck, McNeil, Greco, & Bernard, 2004; Reitman, Murphy, Hupp, & O'Callaghan, 2004).

Existem duas variantes do programa de reforço *token* que incluem reforços domiciliários para o comportamento escolar (e.g. cartão diário escolar) e o custo-resposta (DuPaul & Weyandt 2006). Os **cartões diários escolares** são desenhados para identificar vários objetivos comportamentais (e.g., completa o trabalho que lhe foi atribuído) que os alunos devem alcançar na escola, a fim de ganhar reforço em casa. Para otimizar esta tarefa os professores devem atribuir avaliações escritas quantitativas para cada objetivo (e.g., 1 = "não cumpriu o objetivo" a 5 = "objetivo completamente atingido"), que posteriormente devem ser convertidas em pontos e trocados por reforços no domicílio (e.g., acesso à televisão e/ou jogos de vídeo) (DuPaul & Weyandt 2006).

Os resultados de uma meta-análise desenvolvida por Fabiano et al. (2010) indicam que a utilização desta técnica pelos professores promove ganhos significativos no comportamento dos alunos com PHDA.

Por outro lado, o **custo-resposta** consiste na penalização de comportamentos desajustados, através de reprimendas orais, castigos, perda de privilégios e pontos, de forma a potenciar comportamentos adequados. Em suma, a resposta desadequada da criança tem um custo, que se traduz numa penalização. Esta estratégia pode ser aplicada de forma isolada, contudo, produz resultados mais positivos quando associada ao reforço *token*. De acordo com vários investigadores, o uso concomitante de reforço *token* e do custo-resposta aumenta os níveis de comportamentos ajustados às tarefas escolares, bem com a produtividade académica em geral (e.g., Curtis, Pisecco, Hamilton, & Moore, 2006; DuPaul & Weyandt 2006; McGoey & DuPaul, 2000).

Na realidade, há inclusivamente dados que apontam maior eficácia deste tipo de estratégias que a medicação estimulante neste domínio (Fabiano, Pelham Jr, Gnagy, & Burrows-MacLean, 2007; Reitman, Hupp, O'Callaghan, Gulley, & Northup, 2001).

Por fim, o **time-out** caracteriza-se por um breve período de tempo durante o qual não é facultado qualquer tipo de reforço. Poderá ser uma técnica eficaz, desde que certas questões

éticas e legais sejam consideradas, isto porque este método implica o afastamento do aluno, por um pequeno período de privação ou isolamento, ou seja, sempre que ocorra alguma infração o aluno é levado para a sala de *time-out*, o corredor, ou uma outra área distinta. Normalmente esta estratégia é aplicada em situações de maior gravidade, e imediatamente após a ocorrência de algum comportamento desajustado (Barkley, 2008; Gardill & DuPaul, 1996).

12.2.2 Terapia cognitivo-comportamental

As técnicas cognitivas ou de autorregulação têm subjacente a ideia de que existe uma correlação positiva entre a cognição e o comportamento, isto é, a forma como pensamos tem impacto no modo como agimos, e que a modelação comportamental pode ser adquirida com base em alterações na atividade cognitiva. Existe pouca investigação neste campo e normalmente a terapia cognitivo-comportamental, assim como outras técnicas de *coaching*, são recomendadas para adolescentes (Antshel & Olszewski, 2014) e adultos (Knouse & Safren, 2010; Safren, 2006). No entanto, há alguma evidência de que a utilização de estratégias de autorregulação pode ser importante nas crianças com PHDA (e.g., Reid, Trout, & Schartz; 2005; Young & Amarasinghe, 2010).

No âmbito escolar, a implementação de intervenções cognitivo-comportamentais pretende desenvolver a capacidade de autocontrolo comportamental do aluno e outras competências na resolução de problemas (DuPaul, 2007). Algumas investigações suportam a eficácia deste tipo de técnicas (e.g., automonitorização comportamental, autoinstrução, autorreforço, autoavaliação) no incremento da atenção e produtividade académica (especialmente na expressão escrita) (DuPaul, Eckert, & Vilaro, 2012; Harris, Friedlander, Saddler, Frizzelle, & Graham, 2005; Lienemann & Reid, 2008; Reid et al., 2005; Reid & Lienemann, 2006). Da revisão bibliográfica efetuada, Gardill e DuPaul (1996) e Barkley (2008) enumeram um conjunto de medidas que os professores podem aplicar em contexto de sala de aula:

- (i) As **estratégias de autoavaliação** parecem ter potencial para controlar o comportamento disruptivo de alunos com PHDA. Neste procedimento, a criança classifica o seu comportamento de acordo com uma escala predeterminada e, em seguida, compara a sua classificação com a do professor. Os pontos podem ser determinados com base em escalas de comportamento. A correspondência e os

intervalos de classificação podem ir desaparecendo até que as crianças não necessitem mais do apoio do professor.

- (ii) **Técnicas de automonitorização** podem ser usadas em sala de aula com crianças com PHDA para encorajar respostas sociais adequadas ou desencorajar comportamentos inadequados. Por exemplo, os alunos podem ser encorajados a registrar num papel fixado na sua mesa cada vez que estão a prestar atenção ao professor. Esta ação torna-os conscientes da necessidade de realizar um simples comportamento, como o de prestar atenção ao que o professor diz. A frequência deste tipo de ações aumenta a manifestação do comportamento desejado, sem necessidade de uma outra intervenção adicional.
- (iii) O **autorreforço** pode ser combinado com a automonitorização para incentivar os alunos a realizar um comportamento desejado. Por exemplo, os alunos podem ser orientados a reforçar-se com um elogio ou um sinal a cada 15 minutos de atenção na sala de aula.
- (iv) A **criação de metas e conseqüente medição do progresso** no cumprimento destes objetivos também pode ser muito motivador para as crianças com PHDA. O professor e as crianças podem decidir os objetivos conjuntamente. A título exemplificativo, uma criança pode reconhecer que gostaria de completar o seu trabalho de casa com maior frequência, fazer novos amigos, e obter melhores notas a matemática. Por sua vez, o professor pode considerar estes aspetos como objetivos específicos a cumprir, nomeadamente: completar o trabalho de casa quatro ou cinco vezes por semana, treinar competências sociais e o domínio dos aspetos básicos de multiplicação. Adicionalmente, o professor e a criança podem manter um registo gráfico de progresso diário e modificar as metas, sempre que necessário.

Porém, este tipo de intervenção não é consensual e, além disso, a aplicação adequada destas intervenções geralmente requer muito tempo e recursos (DuPaul et al., 2011).

Atualmente começam a surgir outro tipo de intervenções muito promissoras, nomeadamente o Biofeedback (que foi o primeiro a aparecer) e o neurofeedback (e.g., Chail Choe & Ching Shiet, 2016; Holtmann, Sonuga-Barke, Cortese, & Brandeis, 2014), mas resultados provenientes de recentes meta-análises sugerem a necessidade de maior validação empírica para a aprovação deste tipo de abordagem (e.g., Sonuga-Barke et al., 2014).

12.2.3 Estratégias de intervenção específicas no contexto escolar

Além da implementação de estratégias comportamentais e cognitivo-comportamentais, anteriormente descritas, a intervenção em contexto escolar deve incidir na diferenciação pedagógica em sala de aula e na provisão de outros apoios e serviços da educação especial. A maioria dos estudos destinados à intervenção escolar com estes alunos em sala de aula foca-se na redução dos comportamentos problemáticos e negligencia um aspeto fundamental, a implementação de estratégias explicitamente destinadas à melhoria das competências académicas (DuPaul et al., 2011; Loe & Feldman, 2007).

Ainda assim, há um conjunto de princípios e intervenções básicas que devem ser aplicadas na sala de aula pelos professores (e.g., DuPaul & Eckert, 1998), entre as quais se destacam:

12.2.3.1 Organização e estruturação do ambiente de sala de aula

A maximização da estrutura e previsibilidade é uma das estratégias mais referenciadas para ajudar os alunos com PHDA a ter melhores resultados académicos. As salas de aula que são altamente estruturadas promovem a concentração, os comportamentos adequados e estimulam as relações sociais com os pares (Simonsen, Fairbanks, Briesch, & Myers, 2008). As crianças com PHDA devem beneficiar de uma programação diária, que inclua uma lista detalhada das transições e atividades para o dia, permitindo aos alunos prever o que vai acontecer a seguir. Os professores podem também manter uma rotina fixando claramente as regras de sala de aula em local visível, as expectativas e consequências para os comportamentos (Brock, Puopolo, Cummings, & Husted, 2004).

As mudanças no ambiente da sala de aula podem ser proveitosas para diminuir a distrabilidade experienciada por estas crianças. A investigação sugere que determinados arranjos no espaço físico podem minimizar as distrações (Shillingford, Lambie, & Walter, 2007). Para os alunos com PHDA, a proximidade do professor pode ajudar a promover e manter a atenção dos alunos. Sendo assim, é recomendável colocar a mesa do aluno junto do professor ou de algum colega com capacidade para chamá-lo à atenção em função de algum comportamento desajustado. Além disto, o professor deve tentar estar junto do aluno sempre que der instruções importantes (Barkley, 2008; Pfiffner, Barkley, & DuPaul, 2006/2008)

12.2.3.2 Modificações na instrução e atribuição das tarefas

Uma intervenção acadêmica eficaz passa por fornecer instruções diretas e objetivas, mediadas pelo professor, em competências relevantes que exigem correção. Há evidências de que os estudantes com PHDA melhoram a sua capacidade para tirar apontamentos, bem como os resultados nos testes seguindo instruções diretas dos professores para tomar notas aquando das suas explicações (DuPaul et al., 2011).

Por outro lado, incentiva-se os docentes a variar os materiais e formatos de apresentação das tarefas através do uso de diferentes meios para aumentar e manter o interesse/motivação dos alunos, entre os quais, vídeos, ilustrações, cartazes e esquemas. O professor deve ainda perder o menos tempo possível a dar as instruções e tentar reforçar atividades como a prática da ortografia com um colega, após uma tarefa entediante para o aluno (e.g., escrever soletrando as palavras), com o propósito de os motivar a terminar o trabalho (Pfiffner et al., 2006/2008).

Ainda neste âmbito destaca-se a importância da realização de tarefas académicas breves, e o *feedback* imediato sobre o resultado dos trabalhos. O aluno com PHDA pode necessitar de *feedback* intermitente ao completar uma tarefa, em vez de o receber apenas depois de completar todo o trabalho. Adicionalmente, a alternância de tarefas ativas e passivas pode permitir aos alunos com PHDA libertar a sua energia de maneira adequada (Barkley, 2008).

Por último, indica-se o uso de sugestões verbais curtas, gestos subtis, cheques de atenção e um temporizador de cozinha para auxiliar os alunos com PHDA a centrar a sua atenção nas tarefas atribuídas. A título de exemplo, o professor poderá definir o temporizador de cozinha para cinco minutos, tempo de realização da tarefa, e após este período o aluno pode passar à realização de outra atividade ou receber reforço. Além disto, enquanto dá as instruções para o aluno, outro colega, ou até mesmo toda a turma, repete as instruções dadas (Barkley, 2008; DuPaul & Weyandt 2006).

12.2.3.3 Utilização do computador

A instrução assistida por computador é uma medida que tem sido destacada na literatura para os alunos com problemas de atenção e défices motivacionais. Normalmente este tipo de programas tem finalidades e objetivos claros, tarefas simplificadas e *feedback* imediato com relação à precisão das respostas, por isso, será de esperar que as crianças com PHDA prestem maior atenção e estejam mais motivadas para este método de ensino em comparação ao tipo meramente expositivo das aulas (Pfiffner et al., 2006/2008).

Alguns autores (DuPaul et al., 2011; Loe & Feldman, 2007) têm destacado que o ensino assistido por computador na matemática e leitura leva a melhorias significativas no comportamento dos alunos com PHDA para a realização da tarefa e conseqüentemente no seu desempenho acadêmico global.

12.2.3.4 Tutoria de pares

Uma síntese de 38 estudos revelou que a tutoria de pares é uma estratégia instrucional eficaz para alunos do ensino básico, secundário e superior que têm perturbações de ordem comportamental e emocional (Spencer, 2006), incluindo os que têm PHDA (Daley & Birchwood, 2010). Esta medida promove a atenção e envolvimento na realização da tarefa. Por exemplo, colocar as crianças em pares para praticar a tabuada (ou outro exercício) pode aumentar a precisão dos alunos em geral, mas é particularmente importante para as crianças com PHDA, que desta forma têm menos distrações, resolvem e adquirem a competência mais rapidamente (DuPaul & Weyandt 2006).

De outro modo, os pares podem influenciar positivamente o comportamento dos alunos com PHDA, através de modelagem e do reforço. Na realidade, os pares podem servir como companheiros para promover a integração bem-sucedida das crianças com problemas de comportamento disruptivo. Uma outra mais-valia desta técnica relaciona-se com o facto de os pares também poderem ajudar a monitorizar o comportamento do aluno com PHDA, bem como fornecer pistas para a organização do seu trabalho (DuPaul et al., 2011; Pfiffner et al., 2006/2008).

O sistema de tutoria (i.e., através de profissionais escolares qualificados) pode ser extensível aos pais destes alunos e as intervenções focadas na realização dos trabalhos de casa, uma excelente medida para impulsionar as competências académicas das crianças com PHDA (Daley & Birchwood, 2010; Raggi & Chronis 2006).

12.2.3.5 Apoios e serviços de educação especial

A par das estratégias precedentemente expostas, a deliberação de apoios e serviços de educação especial assume um carácter de relevância na intervenção escolar para os alunos com PHDA (Barkley, 2002). No entanto, há questões legais que devem ser equacionadas,

especificamente o resultado da avaliação desenvolvida por referência à CIF, que determina a elegibilidade destes alunos para o usufruto destes serviços.

Atualmente, nos Estados Unidos da América, existem dois mecanismos que permitem o acesso a este tipo de serviços: no âmbito da secção 504, da lei de reabilitação de 1973; e através da lei IDEA, *Individuals Disabilities Education Act*. Segundo a secção 504, são elegíveis para adaptações especiais no processo de ensino, os alunos com alguma incapacidade física ou mental que limite substancialmente o seu desempenho escolar. Estes serviços incluem diversas adaptações na sala de aula regular, como o recurso a técnicas de controlo comportamental, modificações na forma de apresentação dos testes e trabalhos de casa, o uso de gravadores e/ou simplificação das instruções. O segundo meio é por via da lei IDEA, segundo a classificação “outros problemas de saúde”. Neste caso, é providenciado ao aluno um plano de educação individualizado (Harrison, Bunford, Evans, & Owens, 2013; Pfiffner et al., 2006/2008).

Em Portugal o enquadramento legal disponível é o DN 17/2015 e o DL 3/2008. O primeiro documento permite às escolas, no âmbito da sua autonomia, desencadear medidas de promoção de sucesso escolar (e.g., estudo acompanhado no 1.º ciclo, para apoiar os alunos na criação de métodos de estudo e de trabalho). O DL 3/2008 define os apoios especializados e prevê a criação de condições que permitam a adequação do processo educativo às NEE dos alunos com dificuldades de carácter permanente, como é o caso da PHDA. Para estes alunos é realizado um PEI, que contempla as medidas estipuladas com base na avaliação efetuada ao aluno, entre as quais pode abarcar: apoio pedagógico personalizado; adequações curriculares individuais; adequações no processo de matrícula; adequações no processo de avaliação; currículo específico individual; e as tecnologias de apoio.

Nos Açores o enquadramento legislativo é definido na Portaria n.º 75/2014, e no DLR 15/2006/A, cujas diferenças já foram descritas no capítulo anterior.

Capítulo III

Um problema no horizonte: a busca de respostas

13 PHDA: conhecimento dos professores e práticas educativas

O presente capítulo baseia-se numa análise conceptual acerca da PHDA, tendo por base uma revisão de literatura acerca do conhecimento que os professores possuem desta perturbação e das práticas educativas que têm sido adotadas com os alunos que têm este diagnóstico, em função das dificuldades que manifestam em contexto escolar.

13.1 Conhecimento dos professores acerca da PHDA

Grande parte dos estudos internacionais que avaliaram o conhecimento dos professores em relação à PHDA apresentam como instrumento de trabalho o questionário desenvolvido por Jerome, Gordon e Hustler (1994) (20 itens) “ADHD Knowledge Scale”, ou o questionário, de 36 itens, elaborado por Scituito, Terjesen e Frank (2000), denominado “Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)”.

O mote para o estudo desta problemática foi dado precisamente por Jerome et al. (1994) que elaboraram um questionário com uma escala dicotómica de verdadeiro e falso, para avaliar o conhecimento geral dos professores em relação a diferentes questões da PHDA (e.g., mitos; etiologia; sintomatologia; diagnóstico; influência familiar; intervenção farmacológica e educacional). Para a sua cotação, as respostas corretas classificam-se com 1 ponto e as incorretas 0 pontos, numa escala de 0 a 20. Os estudos que recorreram a este questionário apontam um nível moderado do conhecimento dos professores (i.e., americanos, canadianos e australianos), com percentagens de acertos totais que oscilam entre os 76-83% (e.g., Bekle, 2004; Jerome et al., 1994; Jerome, Washington, Laine, & Segal, 1999; Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008). Não obstante, de uma forma geral foi possível discriminar lacunas no conhecimento de algumas questões, principalmente as relacionadas com mitos e tratamento da PHDA. Por exemplo, Jerome et al. (1994) reportam que dois grupos de professores (i.e., canadianos e americanos) foram capazes de identificar os principais sintomas, mostraram um conhecimento adequado nas questões relacionadas com a etiologia e as implicações

educacionais da PHDA, mas evidenciaram dúvidas acerca do tratamento desta perturbação, considerando as terapias alternativas eficazes, um padrão semelhante ao observado nos professores australianos estudados (e.g., Bekle, 2004; Ohan et al., 2008). A título exemplificativo, dois terços da amostra afirmaram que uma dieta em açúcar seria uma forma eficaz no tratamento da PHDA, uma percentagem ainda assim abaixo da alcançada por Ohan et al. (2008), em que 87% dos professores inquiridos discordaram com a afirmação “As dietas geralmente não são úteis para o tratamento da maioria dos meninos/meninas com PHDA”. Simultaneamente, muitos participantes consideraram que esta perturbação desaparece na adolescência (e.g., 42.7% no estudo de Ohan et al., 2008) e apenas 14% dos inquiridos afirmaram ter participado no diagnóstico, assim como na monitorização da medicação, quando receitada por outros profissionais (Jerome et al., 1994).

Apesar disto, é difícil perceber a generalização destes resultados, referimo-nos especificamente à distinção entre o que se entende por um mito ou “mal-entendido” e uma outra qualquer afirmação do conhecimento da PHDA avaliada pelo instrumento.

Objetivamente, na investigação de Ohan et al. (2008) 73% dos inquiridos concordaram com a afirmação “ a PHDA pode frequentemente ser causada por açúcar ou aditivos alimentares”, tendo sido relevado que, por isso, este constituía um mal-entendido no conhecimento da matéria. De outro modo, 78.8% dos participantes responderam negativamente à afirmação “a PHDA pode ser causada por práticas parentais pobres”, o que para os autores do estudo representou que conheciam a etiologia da PHDA. A nosso ver, esta situação poderá levar a alguma ambiguidade na interpretação dos dados, podendo muito bem estas duas afirmações serem relacionadas com a dimensão etiológica da PHDA ou, por outro lado, a mitos relacionados com esta temática. Acresce que estes resultados devem ser considerados à luz de uma escala de verdadeiro e falso, ou seja, os participantes tinham 50% de hipóteses de acertar nas opções corretas, o que pode ter inflacionado artificialmente os dados obtidos.

Para obviar os constrangimentos acima referidos, Sciutto et al. (2000) incluíram no KADDS¹⁷ três opções de resposta (Verdadeiro, Falso e Não Sei), reduzindo assim a probabilidade do inquirido responder aleatoriamente às diferentes perguntas, mas acima de tudo permitindo diferenciar aquilo que os professores não sabem daquilo em que acreditam incorretamente (e.g., percepções erradas). As investigações que recorreram ao KADDS mostram níveis de

¹⁷ O KADDS avalia o conhecimento e as percepções erróneas da PHDA em três áreas específicas: sintomas/diagnóstico; tratamento; e informação geral acerca da natureza, causas e consequências da PHDA. Para a sua cotação, as respostas corretas classificam-se com 1 ponto e atribuem-se 0 pontos às respostas incorretas, assim como à opção “não sei”, numa escala que vai de 0 a 36.

conhecimento total dos professores consideravelmente mais baixos, com percentagens de acertos entre os 42-61%, sendo que na maioria dos casos as respostas erradas superam o número de respostas corretas nas diferentes dimensões analisadas (e.g., Alkahtani, 2013; Fernández, Mínguez, & Casas, 2007; Kos, Richdale, & Jackson, 2004; Perold, Louw, & Kleyhans, 2010; Sciutto et al., 2000). Porém, na generalidade destes estudos, os professores analisados (i.e., americanos, australianos, espanhóis, sauditas e sul africanos) também responderam mais acertadamente às questões relacionadas com os sintomas/diagnóstico, tendo apresentado um conhecimento inferior no conhecimento geral e tratamento da PHDA.

Numa análise mais circunscrita, verificamos que no estudo original (Sciutto et al., 2000) os participantes mostraram estar bastante informados em relação aos principais sintomas desta perturbação, com mais de 80% a responder corretamente a itens referentes à inquietação, à distração e aos dois principais grupos de sintomas (i.e., desatenção e hiperatividade/impulsividade). Apenas 35.6% admitiu que os sintomas não devem estar presentes antes dos 7 anos de idade para ser diagnosticado com PHDA. A grande maioria dos professores (81.2%) acredita que um adulto pode ser diagnosticado com PHDA. Ao invés, a estratégia de tratamento com base numa dieta de açúcar e outros aditivos alimentares foi indicada por 42.3% participantes como sendo eficaz.

Numa investigação desenvolvida em África do Sul por Perold et al. (2010), os resultados mostraram uma significativa falta de conhecimento dos participantes em relação à PHDA. Com efeito, o valor total de respostas corretas foi de 42,6%, um pouco abaixo dos 47,8% obtidos pelos professores norte americanos da investigação de Sciutto et al. (2000), mas substancialmente inferior aos 60,7% alcançados pelos professores australianos inquiridos no estudo de Kos et al. (2004). Particularizando os dados, verificou-se um conhecimento bastante positivo, de 75%, em relação aos sintomas, tendo os professores conseguido identificar corretamente características como a distração, dificuldades com a organização, assim como outros sintomas nucleares da PHDA. Ao invés, e em conformidade com outras investigações estudadas (e.g., Fernández et al., 2007; Kos et al., 2004; Sciutto et al., 2000) os professores sul-africanos acreditavam, erradamente, que a redução de ingestão de açúcar ou aditivos alimentares seria uma estratégia benéfica para reduzir os sintomas da PHDA e, portanto, uma boa medida de tratamento. Também patente neste estudo foi a convicção dos professores em não considerar esta perturbação crónica, considerando que se desvanece na adolescência. Na mesma linha verificamos que em contextos culturalmente diferenciados e com menor nível de desenvolvimento económico (e.g., Trindade e Tobago, Sri Lanka) os professores investigados manifestaram um conhecimento geral bastante inferior ao estudo de referência (i.e., Sciutto et

al., 2000), nomeadamente nas investigações desenvolvidas por Youssef, Hutchinson e Youssef (2015) e Rodrigo Perera, Eranga, Williams e Kurupparachchi (2011). A confirmar esta tendência, embora com um instrumento diferente, apresenta-se um estudo desenvolvido no Irão, por Ghanizadeh, Bahredar e Moeimi (2006). O conhecimento evidenciado pelos professores acerca da PHDA pareceu muito baixo, e os participantes mostraram pouca tolerância para com alunos com este diagnóstico; mais de metade pensa que a PHDA se deve a disfunções familiares, e um terço defende que pode ser causada por excesso de açúcar. A maioria dos professores considerou que a PHDA apresenta melhorias na adolescência e apenas 8,7% afirmou tratar-se de uma doença crónica. Por outro lado, a larga maioria dos professores pensa que as crianças com PHDA beneficiariam mais de um ensino especial segregado. Além disso, 64,8% concordaram que os alunos com PHDA, quando incluídos numa turma regular, devem usufruir das mesmas regras de disciplina que os seus colegas, e 89,3% disseram que estes alunos devem ter apoio psicológico (Ghanizadeh et al., 2006). Resultados semelhantes foram encontrados num estudo recente desenvolvido na Jordânia (Al-Omari, Al-Motlaq, & Al-Modallal, 2015).

Em suma, os estudos conduzidos com o questionário de Jerome et al. (1994) apresentaram níveis médios médios de conhecimento mais elevados que as investigações que seguiram a linha de Sciutto et al. (2000), o que pode significar que as lacunas do conhecimento que os professores têm acerca da PHDA são mais facilmente expostas, quanto maior for a quantidade de questões colocadas e as opções de resposta consideradas. De uma forma geral, e mais ou menos coerente, os professores mostraram saber mais acerca dos sintomas, diagnóstico e causas da PHDA, do que propriamente em relação aos tratamentos para esta perturbação (e.g., as questões referentes à dieta em açúcar e outros aditivos alimentares são as mais frequentes). Além disto, foi evidente a perpetuação de alguns dos mitos envoltos nesta temática (e.g., a ideia de que é uma perturbação da infância e que desaparece na adolescência). Por outro lado, verificou-se que nos países não-ocidentais, o conhecimento dos professores acerca da PHDA é verdadeiramente inferior (e.g., as questões ligadas à etiologia representam um papel de destaque, em particular a noção de que a PHDA resulta do ambiente familiar), o que poderá ser explicado pelo reconhecimento mais recente da PHDA nestas zonas do globo, assim como um interesse e investimento menos consistente por parte da comunidade científica local e das políticas educativas no geral.

Em Portugal, contrariamente às investigações internacionais abordadas anteriormente que utilizaram escalas dicotómicas (V/F) ou de três itens (V/F/NS), há uma preferência por questionários com uma tipologia diferente (e.g., escalas nominais, ordinais e de razão), que

podem levar conseqüentemente a interpretações distintas. Verificamos simultaneamente uma maior variabilidade nos dados. Grande parte das investigações efetuadas neste domínio (e.g., Couto; 2012; Lourenço, 2009; Simão, 2013) foi ancorada no questionário desenvolvido pela equipa de Défice de Atenção do CADIN (Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil). O instrumento original abarca questões de diferentes dimensões da PHDA (e.g., conhecimento, impacto, atitudes, estratégias de intervenção).

Dos estudos referidos importa salientar alguns pontos convergentes. Independentemente do maior ou menor conhecimento demonstrado, os resultados apontam um maior saber dos professores em relação às causas (e.g., no estudo de Lourenço, 2009, 72.7% dos participantes pensa que se deve a fatores genéticos), características/sintomatologia e diagnóstico (e.g., no estudo de Simão, 2013, a maioria dos inquiridos concordou que o diagnóstico deve ser feito por um médico), do que propriamente do tratamento (e.g., no estudo de Lourenço, 2009, a maioria dos professores mostrou-se reticente quanto à utilização da medicação no tratamento da PHDA).

Outros investigadores recorreram a questionários distintos (e.g., Cardoso, 2013; Filipe, 2011; Monteiro, 2011; Pinto, 2013; Rodrigues, 2013) e, talvez por isso, se tenham obtido resultados dissonantes (e.g., no estudo de Pinto, 2013, 53% dos participantes atribui a origem da PHDA a fatores do funcionamento familiar; no estudo de Filipe, 2011, os professores inquiridos consideram que a medicação é uma boa medida de tratamento e que traz melhorias, nomeadamente na concentração/atenção).

No que respeita a estratégias de intervenção em sala de aula verifica-se que, independentemente do tipo de questionário aplicado, os professores portugueses manifestam conhecimento nesta matéria. Por exemplo, no estudo de Cardoso (2013) genericamente os docentes identificaram corretamente a utilização de práticas educativas diferenciadas e a organização da sala de aula, dando também ênfase a algumas estratégias cognitivo-comportamentais (e.g. monitorização do trabalho do aluno e supressão de privilégios).

De um modo geral, concluímos que existe entre os diferentes estudos pouca consistência no conhecimento de algumas questões nucleares (e.g., a PHDA não é fruto do mau ambiente familiar; a medicação é uma forma eficaz de tratamento).

Por outro lado, houve algum consenso na identificação dos principais sintomas (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade), em considerar que estes provocam inaptações em contexto escolar (e.g., problemas académicos; relacionamento com os pares) e que os alunos com esta perturbação necessitam de apoio individualizado, assim como da ajuda de profissionais qualificados (e.g., professor de educação especial; psicólogo). No que a

estratégias de intervenção a aplicar em sala de aula diz respeito, apesar de se autorretratarem como estando pouco preparados para o ensino de alunos com PHDA, os professores envolvidos nos estudos portugueses acima identificados evidenciaram conhecimentos nesta matéria. Na nossa opinião, tal incongruência poderá dever-se essencialmente a dois motivos: os professores sinalizam intuitivamente estratégias que são benéficas para os alunos com PHDA, mas que são igualmente proveitosas para os restantes alunos; as opções de reposta presentes nos diferentes instrumentos de recolha de dados concebidos podem ter algum efeito de desejabilidade.

Para finalizar, será importante realçar que a larga maioria dos estudos revisados (nacionais e internacionais) tiveram como único instrumento de recolha de dados o questionário (com as limitações já referidas) e que este não foi aplicado com a presença do investigador, sendo por isso difícil comprovar a validade desta informação.

13.2 Práticas educativas

Os serviços primários de saúde e as escolas são os locais onde frequentemente são proporcionados os apoios necessários às crianças com problemas do neurodesenvolvimento, porém, estes sistemas estão desconetados, o que contribui para a fragmentação na prestação do atendimento adequado a esta população (Power, Blum, Guevara, Jones, & Leslie, 2013). Apesar de bem documentada a necessidade de uma colaboração interdisciplinar entre os profissionais de saúde (e.g., pediatras) e outros profissionais escolares especializados (e.g., psicólogos), assim como dos pais destas crianças, a investigação acerca das práticas colaborativas entre estes intervenientes e entidades está subdimensionada (Arora, Connors, Biscardi, & Hill, 2016; Power et al., 2010).

A investigação de Bradley-Klug et al. (2013) procurou analisar as perceções de uma amostra de 340 psicólogos escolares acerca da comunicação e colaboração com os pediatras, concluiu que as práticas de comunicação e colaboração multidisciplinares eram relativamente pouco frequentes. Apenas 60.6% dos psicólogos assumiu ter tido alguma comunicação com estes profissionais de saúde durante um período de um ano, 34% admitiu ter colaborado algumas vezes no ano e 50.8% recebeu entre uma e cinco horas de formação ao nível de problemas de saúde pediátricos (Bradley-Klug et al., 2013).

Um outro estudo de Hill e Turner (2016) explorou o papel dos psicólogos escolares na avaliação, diagnóstico e tratamento da PHDA. Concluiu-se que os psicólogos escolares

raramente estão envolvidos na avaliação da PHDA, isto apesar de desempenharem um papel preponderante no desenvolvimento de intervenções individualizadas para estes alunos. Por outro lado, estes investigadores identificaram que em muitas escolas e outros serviços educacionais onde estes psicólogos trabalhavam, as práticas clínicas de diagnóstico não estavam em conformidade com as orientações governamentais sobre a prescrição de medicação e o acesso a intervenções psicoeducacionais para as crianças em idade pré-escolar. Verificou-se, igualmente, que nas poucas escolas onde estavam instituídos protocolos e processos padronizados de diagnóstico, os psicólogos escolares estavam envolvidos no processo de avaliação e consequentemente as crianças tinham maior acesso aos tratamentos psicoeducacionais (Hill & Turner, 2016), situação que alerta para a necessidade da uniformização dos procedimentos de avaliação, diagnóstico e intervenção com alunos com PHDA e para a importância do envolvimento dos profissionais da educação neste âmbito.

Numa perspetiva mais restrita, verifica-se que a informação acerca da associação entre os sintomas da PHDA e o seu grau disfuncional, a pertinência dos diferentes tipos de tratamento e a necessidade de serviços especiais escolares para as crianças com esta perturbação, é também muito limitada. Neste âmbito encontramos dois estudos representativos que inquiriram os pais de crianças diagnosticadas com PHDA, Sollie e Larsson (2016) e o de Visser et al. (2015).

Os resultados do primeiro estudo mostraram que os sintomas da PHDA causaram impacto disfuncional em 80.4% das crianças, sendo que os sintomas de falta de atenção foram os maiores preditores dos problemas verificados nos domínios avaliados. Por outro lado, a quase totalidade das crianças (84.7%) estava a ser medicada e, segundo a maioria dos pais (entre 71.8-88.7%), a generalidade dos tratamentos produziu efeitos benéficos, independentemente da apresentação da PHDA. O ajustamento da situação escolar do aluno (“adjustment of the school situation”) foi a medida mais pronunciada pelos pais, e cerca de 50% referiu ainda a necessidade de coordenação de serviços de saúde/escolares. No global, foram as crianças com a apresentação combinada que apresentaram maiores dificuldades e necessidades terapêuticas (Sollie & Larsson, 2016).

O segundo estudo evidenciou que a maioria das crianças com PHDA recebeu intervenção farmacológica ou comportamental, mas menos de um terço usufruiu de ambos os tipos de tratamento. Uma intervenção do tipo multimodal foi mais comum para as crianças com diagnósticos mais graves da PHDA e com sintomas associados (i.e., comorbilidades). Aproximadamente 50% das crianças em idade pré-escolar recebeu intervenção do tipo

comportamental, que é o tratamento de primeira linha recomendado para essa faixa etária (Visser et al., 2015).

As dificuldades acadêmicas são um dos domínios mais problemáticos para as crianças e adolescentes com PHDA e, por isso, requer a implementação de estratégias de intervenção escolares adequadas. Uma investigação apresentou os resultados da implementação de uma intervenção escolar a 218 adolescentes com PHDA, em que foi analisado o envolvimento entre os profissionais escolares e outros de saúde externos neste âmbito. Nem sempre se verificou colaboração neste processo. O principal desafio para a cooperação na intervenção escolar foi manter um contato mensal entre os profissionais de saúde externos com os agentes escolares, situação que se verificou em apenas 38.5% dos casos. A marcação de reuniões presenciais também teve um valor semelhante, tendo ocorrido em apenas 40% das situações. No que se refere à aplicabilidade das estratégias de intervenção, existiram alguns fatores que contribuíram para um maior sucesso da sua implementação, nomeadamente: (i) frequência de uma escola pública (vs. privado); (ii) a existência de um Plano de Educação Individualizado (IEP) ou de outro tipo de apoios escolares (Secção 504); quando os estudantes tinham pais que comunicavam mais regularmente com a escola; e (iii) quando o aluno usufruiu de apoio por parte do professor de educação especial (vs. somente do professor) (Sibley, Olson, Morley, Campey, & Pelham, 2016).

Para finalizar, têm sido indentificadas algumas barreiras à implementação de uma interação colaborativa entre os serviços de saúde primários e as escolas, especificamente: (i) pressões administrativas (e.g., os professores, devido às exigências cada vez maiores ao nível da docência e dos resultados escolares dos alunos, têm menos disponibilidade e motivação para colaborar com os profissionais de saúde); (ii) diferenças conceituais entre os profissionais de saúde e educação (e.g., existem evidentes diferenças ao nível da formação de base, que levam com que os profissionais de saúde e educação possam utilizar diferentes modelos conceituais e sistemas de classificação); e (iii) inexistência de mecanismos de coordenação (e.g., as escolas não dispõem de estratégias predefinidas de comunicação com os serviços externos, ao nível dos recursos humanos e materiais) (Power et al., 2013).

14 Problematização

As crianças com NEE apresentam “uma maior probabilidade de vir a experimentar problemas de comportamento e aprendizagem devido a um conjunto de fatores que, tantas vezes, as colocam numa situação de risco educacional” (Correia, 2008, p. 43). Para o mesmo autor, não há nenhuma criança que não queira aprender, existem sim, crianças e adolescentes com características muito peculiares que atualmente se incluem no grupo de alunos com NEE. Entre os diferentes tipos de NEE, encontram-se as crianças com PHDA (Correia, 2008).

Já foi amplamente discutido que a PHDA apresenta um prognóstico pouco favorável, em particular no que se refere ao seu percurso educativo. Deste modo, torna-se essencial explicar como e quem poderá ajudar estas crianças, no sentido de colmatar ou atenuar as suas dificuldades. Soroa, Balluerka e Gorostiaga (2012, p. 128-129) enumeram um conjunto de razões que justificam que os professores podem ser atores essenciais no cumprimento deste desígnio, nomeadamente porque:

- (1) estão numa condição excecionalmente vantajosa para detetar possíveis casos de PHDA, pois podem distinguir com bastante precisão quando se trata de um padrão desenvolvimental normal e quando não o é;
- (2) assumem também um papel determinante no estabelecimento do diagnóstico, as avaliações comportamentais que fazem das crianças, juntamente com as dos pais e outros resultados de testes, fazem parte da informação que permite a realização do diagnóstico;
- (3) são intervenientes imprescindíveis na aplicação dos programas de intervenção e avaliação da sua eficácia;
- (4) matêm contacto permanente com os pais e podem, assim, prestar recomendações importantes.

Perante tais evidências, torna-se vital averiguar qual o conhecimento dos professores em relação à PHDA, pois qualquer enviesamento poderá ter consequências graves, quer para a criança, quer para a dinâmica global do contexto escolar (Sciutto, Nolfi, & Blunhn, 2004).

Em muitos países, grande parte das crianças com PHDA não são diagnosticadas e há um reconhecimento limitado de problemas de saúde mental nas escolas do 1º ciclo. Deste modo, os professores desse nível de ensino podem ser agentes importantes na identificação das crianças e facilitar o seu encaminhamento para os serviços especializados (Sayal, Hornsey, Warren, MacDiarmid, & Taylor, 2006). De acordo com Sciutto et al. (2000), os professores são muitas vezes os primeiros a alertar os pais para levarem os seus filhos a uma consulta

especializada de PHDA. A detecção precoce pelos professores de crianças PHDA pode, inclusivamente, contribuir para a prevenção de perturbações reativas secundárias e assim ter sérias implicações no seu desenvolvimento global (Kypriotaki & Manolitsis, 2010).

De facto, a literatura revela que um sistema de sinalização eficaz, associado à implementação persistente de estratégias educativas adequadas, produz alterações significativas no desempenho escolar e ajustamento social (DuPaul et al., 2011). Se uma criança é diagnosticada com PHDA, e um plano de tratamento é estabelecido, os professores têm a responsabilidade de desenvolver estratégias de intervenção na sala de aula e ajudar as crianças a atingir as competências académicas e sociais desejáveis (Vereb & DiPerna, 2004).

Não obstante estas evidências, existe uma vasta bibliografia dedicada a avaliar o conhecimento dos professores em relação a diferentes questões da PHDA (i.e., informação geral, sintomas, diagnóstico, intervenção) que aponta várias lacunas (e.g., Alkahtani, 2013; Fernández et al., 2007; Ghanizadeh et al., 2006; Ohan et al., 2008; Perold et al., 2010). Com efeito, há diferentes aspetos do ensino a alunos com PHDA que necessitam de uma compreensão mais aprofundada por parte dos professores, nomeadamente: as características dos alunos diagnosticados com PHDA; a necessidade da medicação e sua administração; como ensinar estratégias de planificação e organização das atividades académicas aos alunos com PHDA; como ensinar estratégias para lidar com a ansiedade em relação às expectativas da escola; como fazer adaptações educacionais e comportamentais; e como usar uma abordagem multidisciplinar no ensino de alunos com PHDA (Mahar & Chalmers, 2007; Sciutto et al., 2000; Vereb & DiPerna, 2004; West, Taylor, Houghton, & Hudyma, 2005).

No panorama português, as conclusões que surgem nos estudos realizados convergem, na maioria dos casos, com as obtidas no plano internacional (e.g., Couto, 2012; Lourenço, 2009; Santos, 2012; Simão, 2013).

Apesar dos factos enunciados há estudos que demonstram que um conhecimento mais apurado dos professores acerca da PHDA pode ter efeitos benéficos nas atitudes e comportamentos dos alunos com esta problemática (e.g., Ohan et al., 2008). Simultaneamente, há provas de que a formação em PHDA (e.g. Alkahtani, 2013; Filipe, 2011; Kos et al., 2004; Perold et al., 2010), assim como a experiência prévia de ensino a alunos com esta perturbação (e.g., Alkahtani, 2013; Cardoso, 2013; Kos et al., 2004; Perold et al., 2010; Sciutto et al., 2000) se correlacionam positivamente com o conhecimento dos professores acerca desta problemática.

Uma ilação transversal à maioria dos estudos é que a formação de professores acerca da PHDA é muito reduzida, ou até mesmo inexistente, sendo uma questão crucial para a

melhoria do rendimento escolar e comportamental dos alunos com este diagnóstico (e.g., Bekle, 2004; Cardoso, 2013; Fernandes, 2007; Jerome et al., 1994; Lourenço, 2009).

É preciso, porém, destacar a manifesta variabilidade nos resultados das investigações realizadas neste domínio, em muito explicada por questões metodológicas mas também culturais. Por outro lado, Correia (2008) salienta a necessidade de estabelecer uma filosofia de colaboração e cooperação entre os professores, psicólogos, os demais agentes educativos e de saúde que atuam com estas crianças, por forma à formulação de respostas adequadas às suas necessidades. Na realidade, um aspeto negligenciado do tratamento de crianças com PHDA é a necessidade de formar parcerias entre os profissionais da escola e restantes agentes envolvidos no processo de intervenção, que deverão trabalhar de forma colaborativa (DuPaul et al., 2011). Fernandes (2007) já havia reportado a ausência de mecanismos de suporte nas escolas para fazer face ao pouco conhecimento evidenciado pelos professores, nomeadamente a presença de recursos humanos qualificados (e.g., técnicos de educação especial; psicólogos) aptos a colaborar com os professores no sentido de potenciarem a qualidade da intervenção em contexto escolar.

A educação inclusiva tem sido muito enfatizada e encorajada na sociedade portuguesa, a inúmera legislação em vigor traduz precisamente esta evidência, no entanto, para tornar-se uma realidade, ainda há um longo trajeto a percorrer. Além de dotar as escolas de recursos apropriados, é preciso que os professores estejam preparados para lidar com alunos com diferentes necessidades educativas, nomeadamente, no caso em apreço, os alunos com PHDA. Muitas vezes os professores têm tendência para desenvolver uma visão negativa das crianças com PHDA, ou até mesmo a rotulá-las, pelo que, uma melhor compreensão desta temática poderá contribuir para evitar estas situações. Por outro lado, tendo os professores um conhecimento profundo da PHDA e de como ensinar alunos com esta perturbação, terão a capacidade para ajustar o ambiente da sala de aula, adaptar o currículo, ter expectativas realistas e usar toda uma variedade de estratégias de ensino que proporcionem um ambiente de aprendizagem positivo, propício ao desenvolvimento académico, social e emocional destes alunos (Holz & Lessing, 2002; Soroa et al., 2012).

O estudo do conhecimento que os professores têm acerca das principais dimensões da PHDA (i.e., informação geral/mitos; epidemiologia/etiologia; comorbilidades e problemas associados; sinalização, diagnóstico e encaminhamento; e intervenção) deverá ajudar-nos a perceber quais são as carências nesta matéria. Por seu turno, caracterizando os problemas específicos que estes alunos evidenciam em contexto escolar (i.e., ao nível das competências académicas, comportamentais e sociais), bem como as práticas educativas adotadas com esta

população (i.e., colaboração multidisciplinar na sinalização, diagnóstico e intervenção; estratégias de ensino diferenciadas em sala de aula; envolvimento parental; medidas de apoio educativo/educação especial), facultar-nos-á indicadores em relação à implementação (ou não) de um cenário educativo favorável, experimentado e alinhado com o que os especialistas neste domínio defendem. Heward (2010) alerta-nos para o fosso evidente entre as descobertas científicas em matéria de ensino eficaz para alunos com NEE e a prática levada a cabo em muitas salas de aula, que sugerem um subaproveitamento de tais conhecimentos empíricos, ou seja, que muitos alunos com NEE não estão a receber a educação mais ajustada às suas especificidades. Por sua vez, Pereira e Micaelo (2013) salientam a importância de mudanças no contexto educativo que visem atender à diversidade dos seus alunos e referem que (...)”se para alguns alunos as respostas podem situar-se unicamente ao nível do projeto educativo de escola ou de turma, para muitos alunos com necessidades educativas especiais torna-se necessário que as respostas sejam equacionadas, também, no quadro de um Programa Educativo Individual, com a necessária mobilização de apoios de educação especial.” (p. 17). Sendo assim, parece-nos que esta investigação trará uma visão mais abrangente acerca do que se tem estudado no nosso país em relação a este assunto. Pretendemos, sobretudo, contribuir de forma significativa para uma reflexão construtiva, cujo desígnio é o de promover uma inclusão efetiva dos alunos com este diagnóstico, que garanta o seu sucesso escolar e estabeleça os alicerces para o seu desenvolvimento pessoal e social.

Parte III

Estudo Empírico

Capítulo IV

Metodologia

15 Paradigma e metodologia da investigação

Este estudo enquadra-se num paradigma de investigação misto, uma filosofia empírica que rejeita a dicotomia da metodologia quantitativa vs. qualitativa. Esta visão segue as tendências mais recentes em considerar estes dois tipos de metodologia complementares e não opostas (Meirinhos & Osório, 2010). Na literatura emergem argumentos a favor de uma “tese de compatibilidade” (Teddlie & Tashakkori, 2009, p. 15) em que elementos de ambas as metodologias de investigação, quantitativa e qualitativa, podem ser combinados num mesmo estudo.

De facto, fruto de grandes contendas acerca do rigor científico, em particular no campo da Educação, ultimamente tem-se considerado a utilização de métodos mistos, ou seja, aqueles que reúnem em simultâneo elementos quantitativos e qualitativos, com o intuito de responder a diferentes questões numa mesma investigação (Morais & Neves, 2007; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006; Schram, 2014; Symonds & Gorard, 2010). Muitas são as definições que surgem na literatura relativamente a este conceito, sendo que Creswell e Plano Clark (2007) apresentaram uma de reconhecido valor, cuja intenção não se foca somente nos métodos, mas também na orientação teórica deste tipo de abordagem científica: “Mixed methods research is a research design with philosophical assumptions as well as methods of inquiry. As a methodology, it involves philosophical assumptions that guide the direction of the collection and analysis and the mixture of qualitative and quantitative approaches in many phases of the research process. As a method, it focuses on collecting, analyzing, and mixing both quantitative and qualitative data in a single study or series of studies. Its central premise is that the use of quantitative and qualitative approaches, in combination, provides a better understanding of research problems than either approach alone” (Creswell & Plano Clark, 2007, p. 5)

Em suma, a metodologia mista é um processo que recolhe, analisa e vincula dados quantitativos e qualitativos num mesmo estudo, ou em vários estudos numa mesma investigação, para responder de forma concisa à problemática da investigação. É uma

conceção de pesquisa científica que procura congrega o que de melhor cada uma das metodologias pode oferecer, potenciando os seus pontos fortes assim que utilizadas simultaneamente.

A investigação que agora se descreve procurou averiguar o conhecimento dos professores em relação à Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), o seu impacto em contexto escolar e as práticas educativas escolares adotadas com os alunos que têm este diagnóstico.

Para a concretização destes objetivos recorreremos a uma gama diversificada de técnicas de investigação (e.g., questionário, escala, entrevista semiestruturada e análise documental). Considerou-se que uma escolha rigorosa/criteriosa dos instrumentos de recolha de dados assume particular importância na fiabilidade dos resultados obtidos e no alcance mais generalizado das diferentes facetas da temática em estudo.

Seguindo a orientação recente da investigação em Educação, mas essencialmente corroborando com esta premissa, de que diferentes métodos de análise (com técnicas quantitativas e qualitativas) são úteis porque se dirigem para diferentes tipos de questões, esta investigação compreendeu dois estudos (estudo 1 - abordagem quantitativa; e estudo 2 - abordagem qualitativa) relacionadas com a temática da PHDA.

O estudo 1 é de natureza predominantemente analítica (i.e., planeou-se contrastar ou verificar hipóteses e confirmar relações entre variáveis), mas também descritiva (i.e., pretendeu-se identificar e/ou descrever características ignoradas até ao momento em relação ao fenómeno em estudo). Foi feita uma análise quantitativa, inferencial e correlacional dos dados obtidos. Visou-se, desta forma, utilizar dados numéricos para alcançar informações, descrever e testar relações, que nos garantissem um suporte importante de análise e comparação com a literatura da especialidade.

Paraphrasing Creswell, Klassen, Plano Clark e Smith (2011), a pesquisa quantitativa é um modo de investigação utilizado quando o objetivo é testar teorias ou hipóteses, reunir informações descritivas, ou examinar relações entre variáveis. Essas variáveis são medidas e os dados numéricos podem ser analisados estatisticamente. Os dados quantitativos têm o potencial de fornecer evidências mensuráveis, para ajudar a estabelecer a (provável) relação de causa e efeito.

Por sua vez, o estudo 2 teve como principal propósito uma compreensão mais aprofundada de duas dimensões do fenómeno em estudo, nomeadamente: o impacto da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em contexto escolar e as práticas educativas adotadas na escola com estes alunos. Do ponto de vista metodológico, consideramos tratar-se de um

estudo de caso múltiplo, com recurso à triangulação de dados para validação empírica. Os estudos de caso assumem diferentes tipologias e são recorrentemente utilizados na investigação em Educação. Sendo difícil a operacionalização de uma definição consensual, Simons (2009) reuniu um conjunto de explicações e concluiu que a principal característica que as aproximava era o compromisso de estudar a complexidade do caso em contexto real, assim como a subtilidade em definir o estudo de caso independentemente dos instrumentos de recolha de dados que emprega: “Case study is an in-depth exploration from multiple perspectives of the complexity and uniqueness of a particular project, policy, institution, programme or system in a ‘real life’ context” (Simons, 2009, p. 21).

A esta definição, mais generalista, interessa acrescentar que o estudo de caso deve ser entendido como um desenho metodológico qualitativo que poderá englobar uma multiplicidade de métodos, que visem a explicação minuciosa de um determinado fenómeno ou característica do mesmo. De uma forma holística, Creswell, Hanson, Plano Clark e Morales (2007, p. 245) argumentam que: “Case study research is a qualitative approach in which the investigator explores a bounded system (a case) or multiple bounded systems (cases) over time through detailed, in-depth data collection involving multiple sources of information (e.g., observations, interviews, audiovisual material, and documents and reports) and reports a case description and case-based themes”.

Os estudos de caso múltiplos são uma das variantes deste tipo de abordagem metodológica, que se enquadram numa lógica de conhecimento que incorpora mais do que um elemento ou sujeito, e em que cada caso individual é menos importante em si mesmo que a comparação que oferece com os outros (Thomas, 2013). Com efeito, não raras vezes os investigadores que recorrem a paradigmas qualitativos selecionam propositadamente múltiplos casos para refletir diferentes perspetivas do mesmo assunto.

Yin (2003) sugere que a opção por um estudo de caso múltiplo segue o critério da replicação, quando os procedimentos são replicados intencionalmente, para explorar diferenças entre e nos próprios casos considerados. Normalmente, os investigadores mostram-se relutantes em generalizar de um caso para outro, pois os contextos dos casos diferem. Em consequência, Creswell et al. (2007) afirmam que uma melhor generalização é conseguida através da inclusão representativa de diferentes casos no mesmo estudo qualitativo, perspetiva com a qual concordamos e, por isso, esta nossa opção, que operacionalizamos.

Para uma melhor compreensão e organização, os dois estudos serão analisadas separadamente, primeiro o “estudo 1” seguido do “estudo 2”, isto apesar de, durante grande parte do estudo, terem sido desenvolvidas em paralelo), sendo o ponto de confluência feito no

final, numa secção intitulada “Discussão geral dos resultados”, destinada a analisar e interpretar globalmente os dados.

16 Questões de partida e levantamento prévio de dados

O marco preambular de um trabalho de investigação passa por arquitetar uma (ou mais) pergunta(s) de partida, que deve(em) respeitar um conjunto de características, tais como: clareza (deve ser precisa, concisa e unívoca); exequibilidade (ser realista) e pertinente (abordar o estudo do que existe, basear o estudo da mudança do funcionamento, ter uma intenção compreensiva ou explicativa, e não moralizadora ou filosófica) (Quivy, 1992).

As questões de partida desta investigação derivam, primeiramente, de algumas inquietações que surgiram ao investigador aquando da realização do seu estágio curricular. Mais concretamente, a investigação foi organizada em torno das seguintes questões gerais: a) Qual o conhecimento dos professores em relação à PHDA?; b) Quais as principais dificuldades que os alunos com PHDA manifestam na escola?; e c) Que práticas educativas, em contexto escolar, estão a ser implementadas com esses alunos?

Depois de definidas as questões procedeu-se à exploração do terreno para alcançar uma problemática de investigação. Este processo acarreta as operações de leitura, as entrevistas exploratórias e alguns métodos de exploração complementares (Quivy, 1992). Uma das primeiras tarefas foi a recolha e análise de estudos nacionais e internacionais relacionados com a temática de investigação. Posto isto, encetaram-se contactos para averiguar a pertinência do trabalho que tencionávamos desenvolver, nomeadamente com uma entidade de referência da região no trabalho com este tipo de população, com todos os colégios privados da ilha de São Miguel e com a Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura dos Açores (SRECC). Sendo assim, em dezembro de 2012 realizou-se uma entrevista a dois responsáveis pela equipa de trabalho da referida entidade, que lida com crianças com PHDA, para recolher algumas informações importantes (e.g., qual a sua relação com as escolas no processo de diagnóstico e intervenção de crianças com PHDA?; quantas crianças estão diagnosticadas?; entre outras).

Mais tarde, tendo como alvo a recolha de dados para a constituição da amostra, foram iniciados contactos com as escolas do ensino privado e cooperativo da ilha de São Miguel, a fim de apurar o número de professores do 1.º ciclo do ensino básico que lecionavam nessas instituições. Simultaneamente foi-nos fornecida, pela SRECC, uma base de dados com o número de docentes do 1.º ciclo a lecionar nas diferentes escolas públicas dos Açores, em

particular na ilha de São Miguel. Este processo culminou com um pedido de autorização à diretora Regional da Educação para realização da investigação (cf. Anexo I₁), cuja resposta foi positiva.

17 Estudo 1 – abordagem quantitativa

17.1 Objetivos

Esta componente do estudo pretendeu aprofundar investigações anteriores que analisaram o conhecimento e as conceções erróneas dos professores em relação à PHDA. Mais concretamente, a investigação foi organizada em torno dos seguintes objetivos:

- (i) Investigar o conhecimento que os professores do 1.º ciclo têm em relação à PHDA, especificamente nos seguintes parâmetros de análise: informação geral/mitos, epidemiologia/etiologia, comorbilidades/problemas associados, sinalização, diagnóstico, encaminhamento e intervenção;
- (ii) Aferir se existe alguma relação entre o conhecimento dos professores do 1.º ciclo e a formação adquirida em PHDA;
- (iii) Verificar se existem diferenças no conhecimento sobre a PHDA entre professores do 1.º ciclo com experiência prévia de ensino a alunos com este diagnóstico e aqueles que nunca lecionaram este tipo de alunos;
- (iv) Analisar se os professores do 1.º ciclo do ensino público apresentam o mesmo conhecimento da PHDA que os professores do 1.º ciclo do ensino privado.

17.2 Amostra

A amostra aleatória é constituída por 419 professores do 1.º ciclo do ensino básico ($n = 387$ do ensino público vs. $n = 32$ do ensino privado), a maioria encontra-se na faixa etária dos [34, 44] anos (46.1%), com uma média de idades de 41.75 ($DP = 7.62$), dos quais 373 são do sexo feminino ($n = 373$), representando 89% da amostra, dados que não surpreendem tendo em conta a taxa de feminilidade de 86.3% nesta classe profissional (DGEEC, 2012).

Trata-se de um corpo docente com muita experiência de ensino, se considerarmos que 72.1 % da amostra tem mais de 10 anos de serviço, sendo a faixa dos [25, 38] a que reúne mais professores (27%) e a média de anos de profissão de 17.64 ($DP = 8.26$). O grau académico mais representado é a licenciatura, presente em 73.7% dos casos. Com isto podemos inferir

que apenas uma pequena parte da comunidade docente investe em mais formação ou especialização, na medida em que 5.7% (n = 24) declaram ser possuidores de mestrado e 12.9% (n = 54) outra habilitação, que se situa particularmente ao nível da pós-graduação, maioritariamente na área da educação especial (n = 43, 79.6%).

No que respeita à PHDA, 302 professores afirmaram já terem tido alunos com esta problemática ao longo da sua carreira (72.1%), sendo que mais de um terço dos participantes (35%) afirmou ter presentemente, em média, 1.66 ($DP = 1.14$) alunos com este diagnóstico. Por outro lado, apenas 19.1% confirmou ter adquirido formação específica nesta temática (e.g., a maioria dos respondentes, 16%, referiu a opção “curso de formação em PHDA”); 90% afirmou que a formação de base não os preparou para a docência destes alunos, sendo que 67.5% disse estar “pouco preparado” e 11.5% “nada preparado” para o ensino destas crianças. Em consequência, 95.7% reconheceu a necessidade de formação neste âmbito (e.g., dos participantes, 47.5%, mencionou que o tipo de formação mais adequada seria através de “reuniões de acompanhamento por uma equipa especializada”).

17.3 Medidas e Procedimentos

17.3.1 Instrumento de recolha de dados

O processo usado para a obtenção da informação teve como instrumento de trabalho o questionário. A esmagadora maioria dos investigadores que se dedicaram ao estudo desta matéria considerou este método eficaz (e.g., Bekle, 2004; Jerome et al., 1994; Sciutto et al., 2000; West et al., 2005). Não obstante, os instrumentos mais reconhecidos internacionalmente¹⁸ (e.g., *Knowledge of Attention Deficit Disorder Scale - KADDS*) divergem em muitos aspetos (i.e., estruturais e de conteúdo) dos questionários concebidos e utilizados em território nacional (e.g., Cardoso, 2013; Lourenço, 2009), aspeto este que poderia conduzir a uma análise superficial do problema, caso tivéssemos optado pela utilização integral de algum destes instrumentos. Além disso, a maior parte destes inquiridos utilizam unicamente escalas de Verdadeiro/Falso ou Verdadeiro/Falso/Não Sei, o que pode conduzir a respostas baseadas em equívocos fortemente generalizados, a crenças realizadas ou simplesmente a resultados aleatórios (Sciutto, 2013).

¹⁸ Soroa, Gorostiaga e Balluerka (2013) fizeram uma revisão exaustiva dos instrumentos produzidos para investigar o conhecimento dos professores em relação à PHDA, onde apontam as suas características (e.g., qualidades psicométricas, formatos das escalas utilizadas, etc.) e enumeram os aspetos favoráveis e desfavoráveis à aplicação de cada um.

Perante os constrangimentos acima aduzidos, a alternativa foi a construção de um questionário de raiz, que combinasse aspetos de vários instrumentos nacionais e internacionais (i.e., com perguntas e itens bem documentados empiricamente), tendo como referência os objetivos deste estudo.

17.3.2 Construção e validação do Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA

A elaboração de um questionário é uma tarefa que não se afigura fácil, pois é difícil conceber um que faculte os dados que permitem testar adequadamente as hipóteses da investigação. Numa investigação onde se aplica o questionário, o alcance dos resultados é determinado pela qualidade das questões.

Independentemente da sua tipologia, o investigador pode optar elaborar um questionário novo, ou testar um questionário que já existe. Em ambos os casos é necessário a realização de um estudo preliminar (Hill & Hill, 2008). Dada a impossibilidade de adotar integralmente um questionário já existente que servisse os objetivos deste estudo, o instrumento utilizado foi construído pelo autor desta investigação com a colaboração dos seus orientadores. Este questionário, denominado Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (adiante designado pela sigla QACP), nasce assim da concorrência de inúmeras leituras¹⁹ (i.e., artigos, livros, investigações nacionais e internacionais) e foi concebido tendo em consideração a natureza do estudo e as características da amostra.

O desenho do QACP obedeceu a alguns princípios essenciais: (i) um *layout* atrativo; (ii) equilíbrio na dimensão; (iii) construção de perguntas que não induzissem as respostas; e (iv) a organização dos itens.

Objetivamente inicia-se com uma pequena introdução onde se enuncia o propósito da investigação, as instituições representantes, a natureza do estudo e referências com vista a assegurar a colaboração dos participantes.

O QACP compreende duas partes: a parte I é composta por onze questões relativas a aspetos sociodemográficos dos professores (e.g., sexo; idade; experiência de ensino; habilitações académicas; formação em PHDA; cf. Anexo II₁); a parte II comporta catorze questões acerca do conhecimento dos professores sobre diferentes dimensões da PHDA (informação geral, que abarca questões das quatro dimensões subsequentes; epidemiologia/etiologia; comorbilidades/problemas associados; sinalização, diagnóstico, encaminhamento; e

¹⁹ É importante sublinhar que as questões essenciais da segunda parte deste questionário, no que respeita aos sintomas e critérios de diagnóstico, tiveram como base a informação presente na DSM-IV-TR (APA, 2002).

intervenção) e uma pergunta aberta relativa à inclusão de alunos com este diagnóstico numa classe regular.

Relativamente à tipologia das perguntas adotadas, o QACP foi constituído por questões abertas e fechadas. De acordo com Hill e Hill (2008), este será o formato mais indicado quando se pretende obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa alcançada pelas outras variáveis. Assim, pareceu-nos importante incluir neste estudo os dois tipos de questões por forma a acolher todas as opções de resposta e acrescentar, em algumas das respostas, informação importante e mais rica para a análise posterior dos resultados.

Em relação aos itens de resposta fechada recorreu-se a diferentes formatos, com diferentes alternativas, em função do género de pergunta e da dimensão em análise. Sendo assim, para além de escalas de medida nominais (i.e., itens com opção de escolha múltipla onde era unicamente necessário colocar um x nas diferentes opções), considerou-se um item com formato “Verdadeiro” e “Falso”, com uma opção “Não sei”, para diferenciar os inquiridos com conhecimento impreciso e itens com escala referenciada, do tipo *Likert*, no sentido de estabelecer níveis equitativos de resposta. Decidiu-se que a escala a utilizar só teria quatro categorias classificadas de 1 a 4 (totalmente inadequado, inadequado na maioria das situações, adequado na maioria das situações e totalmente adequado) de forma a evitar o perigo potencial de escolha da categoria central (na dúvida, os inquiridos tendem a escolher a opção central) e porque a opção intermédia (nem adequado nem inadequado) neste caso não se aplicava. Também outros itens formulados exigiram alguns cuidados, nomeadamente a inclusão de elementos distractores e de atractibilidade nas alternativas de resposta dos itens de escolha múltipla. Para Almeida e Freire (2008) o facto de existirem várias alternativas, por si só, não implica estarmos perante um item de escolha múltipla. As diferentes alternativas criadas podem não ter qualquer atração, escolha ou efeito distractor para os sujeitos. Independentemente do grau de dificuldade, na construção dos itens as alternativas de resposta são pensadas e formuladas para terem um efeito “distractor” (Almeida & Freire, 2008). No QACP esta situação foi respeitada, por exemplo, na questão vinte, acerca da origem ou causas da PHDA, para além de se considerarem nove alternativas de resposta introduziram-se entre estas algumas que induzissem a distração ou que provocassem atractibilidade, nomeadamente atribuir a origem da PHDA a práticas educativas parentais (comummente aceites como as principais causas da PHDA, pelos que desconhecem realmente esta problemática) ou de natureza psicológica (e.g., ansiedade, problemas emocionais, dificuldades interpessoais), pois

as crianças com PHDA apresentam frequentemente estas características, embora não sejam a causa primária da PHDA.

Conforme Hill e Hill (2008), existem ainda outros dados relevantes a considerar na elaboração de um questionário, nomeadamente: a relação entre o *layout* e o tamanho; a escolha/organização das perguntas; e as instruções. Na verdade, um questionário curto e um *layout* esteticamente atrativo aumentam as probabilidades de colaboração dos respondentes. Neste âmbito, procurou-se elaborar um questionário apelativo e relativamente curto, mas que refletisse todos os objetivos pretendidos.

Segundo Almeida e Freire (2008), depois de formulados os itens, a fase seguinte compreende uma análise e seleção criteriosa dos mesmos, sendo que, para o efeito, vários estudos exploratórios quantitativos e qualitativos podem ser levados nesta fase. Não existe um número ideal de itens a incluir na versão final, sendo, no entanto, exetável a necessidade da inclusão de pelo menos vinte itens, com o intuito de assegurar uma proporção entre validade (representatividade) e consistência.

Dada a natureza heterogénea dos objetivos, e tratando-se de um questionário multidimensional, foi essencial a construção de um instrumento que refletisse toda a diversidade nos diferentes itens a incluir, por forma a não perder todo o seu valor informativo (validade), daí o número e tipo de questões ponderadas.

A última etapa é a verificação final do questionário e comporta alguns procedimentos imprescindíveis para a sua validação (Ghiglione & Matalon, 1997), designadamente assegurar respostas às seguintes interrogações:

- (i) Será que todas as questões serão compreendidas, e serão percebidas do mesmo modo por todos e da forma prevista pelo investigador?
- (ii) Algumas questões serão muito difíceis?
- (iii) As listas de respostas às questões fechadas cobrem todas as respostas possíveis?
- (iv) Todas as respostas serão aceites? Não haverá alguma que provoque muitas recusas inutilizáveis?
- (v) A ordem das questões é aceitável? Não haverá demasiadas ruturas, ou seja, passagens inesperadas de um assunto para outro?
- (vi) Algumas questões não poderão influenciar as respostas das questões seguintes?
- (vii) Como é que as pessoas reagirão ao conjunto do questionário? Não o considerarão demasiado longo, aborrecido, difícil?

A tentativa de resposta a estas questões pode ser assegurada através de diferentes formas. Os cientistas sociais que utilizam os questionários efetuam estudos preliminares para averiguar a

conformidade do questionário a usar (Hill & Hill, 2008). O estudo preliminar tem como desígnio verificar a adequação das perguntas, bem como das escalas de resposta. Um outro método possível é o da “reflexão falada” ou *thinking aloud* (Goldman, 1971, citado em Almeida & Freire, 2008). Este tipo de metodologia assenta na aplicação individual da prova a sujeitos que se assemelham aos futuros respondentes, registando todas as verbalizações produzidas, nomeadamente as impressões que têm em relação a cada item, a maneira como o abordam e realizam, os processos utilizados e as facilidades ou obstáculos com que se deparam (Almeida & Freire, 2008).

A validação do QACP passou por diferentes processos. Todas as questões listadas na sua primeira versão derivaram da pesquisa bibliográfica prévia (i.e., bibliografia no campo ou produzida sobre instrumentos com alguma similaridade de constructo, objetivo ou população-alvo²⁰). Aspetos relacionados com a construção do instrumento (estrutura geral, formatos e escalas, organização do itens) foram ancorados nos conhecimentos adquiridos no módulo “construção e validação dos instrumentos”, da unidade curricular “Metodologias de Investigação em Estudos da Criança”, cujo docente se prontificou para uma análise primária e exploratória da primeira versão do questionário. Depois de realizadas algumas alterações, decorrentes de sugestões dadas pelo Professor (juíz independente) em itens que lhe suscitaram algumas dúvidas (essencialmente ao nível do número de opções incluídas em algumas questões), o questionário foi aplicado a três professores do 1º ciclo do ensino básico do distrito de Braga. Nenhum deles havia contactado com alunos com PHDA nas suas salas de aula, nem tão pouco tinham tido formação neste domínio. Utilizou-se o método da “reflexão falada”, em que o investigador tirou todas as notas dos respondentes em relação a aspetos essenciais (clareza e compreensão dos itens; organização das perguntas; dimensão; instruções e duração da prova). Este procedimento foi muito importante, pois, aos olhos do investigador, tais pormenores, citados por respondentes que se assemelham aos futuros inquiridos, teriam passado despercebidos. Seguidamente, uma segunda versão foi entregue à restante equipa de investigação para um escrutínio rigoroso de todo o trabalho realizado. Desta análise resultaram algumas indicações (principalmente em relação à adequação das escalas utilizadas, à utilidade de algumas perguntas colocadas, aos manuais de diagnóstico considerados e à dimensão do questionário) que foram trabalhadas pelo investigador principal durante sensivelmente dois meses. Realça-se nesta fase o contributo de um especialista com larga experiência clínica na área, pediatra responsável pela unidade de Hiperatividade do Centro de

²⁰ (e.g., Cardoso, 2013; Fonseca et al., 1998a; Fernandes, 2007; Kos et al., 2004; Lourenço, 2009; Ohan et al., 2008; Scituito et al., 2000).

Desenvolvimento da criança Dr. Luís Borges, do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). A sua opinião permitiu decidir e confirmar, na maioria dos itens formulados, a adequação à problemática em estudo, dada a sua experiência empírica e científica neste ramo. Depois da troca exaustiva de informação e feedback constante entre o investigador principal e a restante equipa, resultou uma terceira versão do questionário que seria aplicada posteriormente no estudo preliminar realizado.

17.3.3 Estudo piloto

Este estudo envolveu um grupo de 62 professores a lecionar em 18 escolas públicas e privadas do concelho de Ponta Delgada, na ilha de São Miguel. O concelho foi escolhido por conveniência do investigador, atendendo à maior proximidade da sua zona de residência. Dada a discrepância entre o total de professores do 1º ciclo do ensino básico das escolas públicas e privadas da ilha de São Miguel (563 vs. 40) foram inquiridos 55 professores do ensino público e 7 professores do ensino privado, o que equivale a sensivelmente 10% da população.

Os questionários foram aplicados presencialmente e precedidos de uma breve apresentação da investigação e dos seus objetivos. As sessões duraram aproximadamente 45 minutos, entre esclarecimento de dúvidas, anotações das dificuldades sentidas e uma parte final reservada para debate e reflexão (onde foram abordadas características como a legibilidade, clareza e abrangência do conteúdo). No geral, segundo as opiniões dos professores fornecidas ao longo e no final do preenchimento dos questionários, as perguntas estavam claras e a ordem adequada. A maioria das sugestões relacionou-se com a estrutura (perguntas cujas opções estavam divididas em folhas diferentes, algumas com escala, o que dificultou o preenchimento). Todos os comentários dirigidos conduziram à revisão, retenção ou eliminação de itens. Das 26 questões iniciais, a que suscitou maiores dificuldades de inteligibilidade foi a 22 (a maioria dos inquiridos assinalou todas as opções de resposta), pelo que houve a necessidade de reformular a questão ao nível das instruções (i.e., de “assinale todos os que se aplicam”, corrigiu-se para “assinale apenas os que se aplicam”). Há ainda a salientar três outras alterações relevantes: na parte I do questionário foi incluído mais uma opção, referente à “situação contratual”, pois constatou-se que os professores inquiridos se encontravam em diferentes condições contratuais e que este poderia ser um dado importante para análise dos dados; uma outra alteração reporta-se à questão 11, com eliminação da opção de resposta 11.1.4 “Livros/artigos/vídeos”, por considerar-se que, como formação adquirida

acerca da PHDA, esta alternativa não se mostrou muito clara; por último, na questão 25 foi eliminada uma opção de resposta (“Planificar com o diretor da escola todo o programa de intervenção pedagógica”), por falta de enquadramento com a realidade observada.

Outra análise dos itens foi efetuada, desta feita quantitativa, com recurso IBM –Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – Versão 21.

O método estatístico utilizado para avaliar a consistência interna do QACP foi o *alfa* de *Cronbach*. Genericamente classifica-se um instrumento com fiabilidade adequada quando o α é pelo menos .70 (Nunnally, 1978). No entanto, em alguns casos de investigação nas ciências sociais, um α de .60 é considerado aceitável, desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com prudência (Maroco & Garcia-Marques, 2006). De acordo com os mesmos autores “os utilizadores deste método têm-no sugerido como conservador especialmente para os casos em que os itens da escala são heterogéneos, são dicotómicos ou definem estruturas multifatoriais: o alfa de Cronbach fornece uma subestimativa da verdadeira fiabilidade da medida” (p.65), o que, de certa forma, poderá explicar os valores obtidos no presente estudo piloto, com a aplicação do QACP.

Sendo assim, e após a análise estatística, as principais ilações a retirar dizem respeito às questões 12 e 25, compostas por escalas ordinais.

Em relação à questão 12, com escala do tipo V/F/NS, a consistência interna foi de .59 (coeficiente alfa de Cronbach), como se pode verificar na tabela 1, abaixo descrito:

Tabela 1: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento acerca de informação geral/mitos

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA	.23	.57
A PHDA não é uma verdadeira perturbação clínica	-.05	.61
A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento académico nos primeiros anos escolares	.19	.58
Não existe "cura" para a PHDA, apenas procura-se mantê-la dentro dos limites que não se declarem gravosos para a pessoa, bem como para aqueles que com ela convivem	.12	.59
A PHDA só afeta rapazes	.00	.59
Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares desestruturados	.29	.56
Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA	.38	.55
Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico	.41	.54

Tabela 1: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento acerca de informação geral/mitos (Cont.)

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais	-.10	.60
Há características físicas específicas que podem ser identificadas pelos médicos (por exemplo, os pediatras) para a realização de um diagnóstico definitivo da PHDA	.26	.57
O conhecimento atual acerca da PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de déficit de atenção e outro que consiste na hiperatividade/impulsividade	.27	.57
Esta perturbação desaparece com a idade	.13	.59
As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta	.34	.56
Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares	.00	.62
É comum as crianças com PHDA terem um sentimento de grandiosidade e a sua autoestima elevada	.50	.53
Tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA	.21	.58
A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral	.21	.58
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	.26	.57
α global = .59		

Analisando item a item, conclui-se que devia ser eliminada a opção "Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares", passando assim o α global a .62.

Por outro lado, relativamente à pergunta 25, com escala de Lickert de 4 pontos, a consistência interna foi de .58 (coeficiente alfa de Cronbach) (cf. tabela 2):

Tabela 2: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
Apoio pedagógico individualizado com a participação de um professor da Educação Especial	.31	.56
Modificar as atribuições das tarefas (e.g., organizar tarefas curtas, bem definidas e sequencializadas)	.35	.55
Punir todos os comportamentos indesejados (e.g., reprimendas verbais; responsabiliza-lo diante da turma pelo seu comportamento)	-.15	.61

Tabela 2: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas (Cont.)

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
Privilegiar a avaliação oral à escrita	.29	.56
Deixar a criança desenvolver autonomamente as tarefas escolares	.09	.59
Empregar reforço positivo frequente e descritivo	.37	.55
Preparar um espaço isolado na sala, ou fora dela, onde a criança possa estar sozinha	-.15	.61
Ignorar comportamentos desajustados pouco graves (e.g., tiques; sons desadequados; roer a caneta; remexer-se)	.04	.60
Desenvolver técnicas de automonitorização dos comportamentos (e.g., registrar num papel fixado na sua mesa cada vez que estão a prestar atenção ao professor)	.32	.55
Anotar o mau comportamento do aluno e considera-lo para a sua avaliação global	-.17	.61
Atribuição de recompensas tangíveis (e.g., pontos, fichas, rebuçados) por comportamento adequado	.23	.57
Modelo de consulta colaborativa entre o psicólogo escolar, o técnico de educação especial e o professor na definição de todo o plano de intervenção pedagógica	.40	.55
Integrar a criança num grupo de alunos com as mesmas dificuldades, separado da restante classe e com apoio especializado	-.19	.62
Obter o apoio dos pais para um trabalho complementar em casa, através de um programa de colaboração escola-casa	.46	.54
Estes alunos não têm défices cognitivos, pelo que não necessitam de adaptações curriculares	.07	.59
Variar os materiais e formatos de apresentação das tarefas (e.g., ilustrações, cartazes e esquemas)	.40	.55
A medicação à base de psicoestimulantes e estimulantes pode ser, para muitas das crianças com este diagnóstico, parte integrante e essencial do tratamento/intervenção	.17	.57
Permitir mais tempo para realização dos testes e outros trabalhos escolares	.44	.54
Definir um ambiente de sala de aula estruturado, proporcionando aos alunos uma programação diária	.51	.53
Ensino ativo de regras em sala de aula (devidamente identificadas e fixadas em local visível)	.37	.55
A responsabilidade de um programa de intervenção com alunos com PHDA deve envolver, para além do professor, outros mediadores (e.g., os próprios alunos com PHDA; os colegas e o uso de computadores)	.25	.56
As crianças medicadas para a PHDA não necessitam de outro tipo de intervenção	-.27	.62
Organização do ambiente físico da sala de aula (e.g., sentar o aluno perto do professor e junto de um colega que o possa ajudar)	.38	.55
Sinalizar o aluno para o ensino especial ao abrigo de um Programa Educativo Individual	.20	.57
Envolver o aluno na tomada de decisões quanto ao tipo de tarefas escolares a realizar	.10	.58

Tabela 2: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas (Cont.)

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
α global = .58		

Efetuada uma análise individual a cada item, conclui-se que deveria ser eliminada a opção "Integrar a criança num grupo de alunos com as mesmas dificuldades, separado da restante classe e com apoio especializado", passando assim o coeficiente a .62.

Observando os quadros acima expostos, e seguindo os critérios considerados para a seleção das questões que constituíram o QACP, a partir da nossa amostra de validação, constatamos que os itens referidos supra fazem aumentar o coeficiente alfa de Cronbach quando excluídos, não contribuindo desta forma para a sua consistência interna. Os restantes 17 e 24 itens apresentados nas tabelas 2 e 3, respetivamente, fazem diminuir o coeficiente alfa de Cronbach quando são excluídos, pelo que assim se determina que estão a contribuir para a consistência interna ou homogeneidade do questionário.

Com a eliminação destes itens problemáticos os *scores* apresentados pelo QACP são considerados aceitáveis, e conseqüentemente poderá afirmar-se que o instrumento possui uma fiabilidade adequada²¹.

17.4 Administração do QACP

Inicialmente foi redigida uma carta de apresentação, que serviu também para formalização da colaboração das escolas (cf. Anexo I₂). Simultaneamente foi reunida outra documentação (i.e., declaração de bolsheiro de investigação de doutoramento do FRC; declaração dos orientadores de Tese; e autorização da Diretora Regional de Educação para a realização da investigação). Esta informação foi entregue em mãos a cada um dos presidentes do conselho executivo dos agrupamentos das escolas públicas da ilha de São Miguel, assim como aos diretores das escolas privadas, numa reunião em que se obteve informação referente a cada um dos

²¹ Apesar destas evidências, e porque a tendência esperada seria sempre a de melhorar estes resultados quando aplicado o QACP a uma amostra superior, optou-se por não retirar os itens referidos das questões 12 e 25 na administração do questionário à amostra final, e assim analisar o comportamento dos itens visados, uma vez que o valor da consistência interna nunca seria inferior ao já obtido neste estudo piloto, ou seja, no mínimo adequado.

coordenadores das escolas envolvidas. Depois de garantida a autorização, o investigador dirigiu-se a cada uma das escolas e articulou com o coordenador a data e hora a aplicar os questionários.

O QACP foi administrado presencialmente e em condições semelhantes, numa reunião em que participaram todos os professores do 1.º ciclo de cada escola e que demorou, em média, 50 minutos. Desta forma procurou-se garantir a participação de todos os elementos, assim como a fidedignidade e validade das suas respostas.

O período de recolha de dados situou-se entre janeiro e julho de 2015.

17.5 Análises estatísticas

Para o desenvolvimento deste trabalho recorreremos novamente ao IBM –Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – Versão 21. Ao longo desta componente da investigação foram determinadas estatísticas descritivas, assim como medidas de tendência central e de dispersão. Para a grande maioria das análises não se reuniram os pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos, pelo que foram assumidas medidas e testes não paramétricos.

Para analisar as diferenças nas distribuições médias entre dois grupos usámos o teste *Wilcoxon-Mann-Whitney*, alternativa não paramétrica ao teste *t-Student* para amostras independentes. Por outro lado, para testar se dois grupos independentes diferiam relativamente a uma determinada característica, ou seja, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa era ou não aleatória utilizamos o teste do Qui-Quadrado e, sempre que os pressupostos para a sua aplicação falharam, o teste de *Fisher* (Marôco, 2014).

No tratamento às questões abertas do QACP adotou-se o método de análise de conteúdo, através da técnica de análise categorial, opção que será justificada com maior detalhe na componente 2 da investigação.

17.6 Apresentação e discussão dos resultados

Nesta secção primeiramente serão apresentados os indicadores referentes à consistência interna do QACP. Em seguida, expomos e discutimos os resultados do conhecimento dos professores acerca da PHDA e terminamos com a análise à pergunta aberta.

17.6.1 Consistência interna

Convergindo com as expectativas, os valores do alfa de Cronbach para as questões 12 e 25 melhoraram (mesmo mantendo todos os itens). Sendo assim, na questão 12 passamos a ter um coeficiente global de .61 (anterior .59) e na questão 25 um coeficiente global de .66 (anterior .58), como se demonstra nas tabelas 3 e 4, respetivamente.

Tabela 3: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento acerca de informação geral/mitos

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA	.11	.62
A PHDA não é uma verdadeira perturbação clínica	-.21	.60
A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento académico nos primeiros anos escolares	.22	.60
Não existe "cura" para a PHDA, apenas procura-se mantê-la dentro dos limites que não se declarem gravosos para a pessoa, bem como para aqueles que com ela convivem	.16	.61
A PHDA só afeta rapazes	.27	.60
Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares desestruturados	.22	.60
Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA	.14	.61
Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico	.22	.60
A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais	.26	.60
Há características físicas específicas que podem ser identificadas pelos médicos (por exemplo, os pediatras) para a realização de um diagnóstico definitivo da PHDA	.29	.59
O conhecimento atual acerca da PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de défice de atenção e outro que consiste na hiperatividade/impulsividade	.20	.60
Esta perturbação desaparece com a idade	.27	.59
As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta	.24	.60
Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares	.25	.60
É comum as crianças com PHDA terem um sentimento de grandiosidade e a sua autoestima elevada	.27	.59
Tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA	.27	.60
A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral	.28	.59

Tabela 3: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento acerca de informação geral/mitos (Cont.)

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	.34	.58
α global = .61		

Tabela 4: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
Apoio pedagógico individualizado com a participação de um professor da Educação Especial	.26	.65
Modificar as atribuições das tarefas (e.g., organizar tarefas curtas, bem definidas e sequencializadas)	.39	.63
Punir todos os comportamentos indesejados (e.g., reprimendas verbais; responsabiliza-lo diante da turma pelo seu comportamento)	.01	.67
Privilegiar a avaliação oral à escrita	.27	.64
Deixar a criança desenvolver autonomamente as tarefas escolares	.08	.66
Empregar reforço positivo frequente e descritivo	.29	.64
Preparar um espaço isolado na sala, ou fora dela, onde a criança possa estar sozinha	.15	.66
Ignorar comportamentos desajustados pouco graves (e.g., tiques; sons desadequados; roer a caneta; remexer-se)	.09	.66
Desenvolver técnicas de automonitorização dos comportamentos (e.g., registrar num papel fixado na sua mesa cada vez que estão a prestar atenção ao professor)	.29	.64
Anotar o mau comportamento do aluno e considera-lo para a sua avaliação global	.10	.66
Atribuição de recompensas tangíveis (e.g., pontos, fichas, rebuçados) por comportamento adequado	.27	.64
Modelo de consulta colaborativa entre o psicólogo escolar, o técnico de educação especial e o professor na definição de todo o plano de intervenção pedagógica	.37	.64
Integrar a criança num grupo de alunos com as mesmas dificuldades, separado da restante classe e com apoio especializado	-.03	.67
Obter o apoio dos pais para um trabalho complementar em casa, através de um programa de colaboração escola-casa	.29	.65
Estes alunos não têm défices cognitivos, pelo que não necessitam de adaptações curriculares	.00	.68
Variar os materiais e formatos de apresentação das tarefas (e.g., ilustrações, cartazes e esquemas)	.36	.64

Tabela 4: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach do conhecimento das práticas educativas (Cont.)

Informação geral/mitos	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
A medicação à base de psicoestimulantes e estimulantes pode ser, para muitas das crianças com este diagnóstico, parte integrante e essencial do tratamento/intervenção	.25	.65
Permitir mais tempo para realização dos testes e outros trabalhos escolares	.41	.63
Definir um ambiente de sala de aula estruturado, proporcionando aos alunos uma programação diária	.44	.63
Ensino ativo de regras em sala de aula (devidamente identificadas e fixadas em local visível)	.45	.63
A responsabilidade de um programa de intervenção com alunos com PHDA deve envolver, para além do professor, outros mediadores (e.g., os próprios alunos com PHDA; os colegas e o uso de computadores)	.30	.64
As crianças medicadas para a PHDA não necessitam de outro tipo de intervenção	-.05	.67
Organização do ambiente físico da sala de aula (e.g., sentar o aluno perto do professor e junto de um colega que o possa ajudar)	.36	.64
Sinalizar o aluno para o ensino especial ao abrigo de um Programa Educativo Individual	.24	.65
Envolver o aluno na tomada de decisões quanto ao tipo de tarefas escolares a realizar	.28	.64

α global = .66

17.6.2 Conhecimento da PHDA

A análise dos dados recolhidos com o QACP é apresentada por domínios tendo como referência as dimensões previamente definidas: (i) informação geral; (ii) epidemiologia/etiologia; (iii) semiologia; (iv) comorbilidades/problemas associados; (v) sinalização/diagnóstico/encaminhamento; (vi) tratamento/intervenção. Pretendemos analisar se as diferenças dos resultados no conjunto das seis dimensões analisadas são condicionadas pelas seguintes variáveis: (i) formação específica em PHDA; (ii) experiência prévia de ensino a alunos com PHDA; e (iii) escola pública vs. privada.

17.6.2.1 Informação geral

Relembramos que o primeiro bloco de questões do QACP contempla questões gerais, que estabelecem conexões com todas as restantes dimensões definidas. Pretendeu-se, deste modo,

fazer uma primeira triagem ao conhecimento dos professores em relação a questões de caráter geral e alguns mitos comumente associados a esta problemática. Na tabela 5 estão representadas as 18 afirmações da PHDA e a frequência de respostas dos participantes numa escala dicotômica V/F/NS.

Tabela 5: Frequência das afirmações de conhecimento geral acerca da PHDA^a

Itens	Verdadeiro		Falso		Não Sei	
	N	%	N	%	N	%
É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA	283	67.5	16	3.8	120	28.6
A PHDA não é uma verdadeira perturbação clínica	58	13.8	295	70.4	66	15.8
A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento acadêmico nos primeiros anos escolares	289	69	102	24.3	28	6.7
Não existe “cura” para a PHDA, apenas procura-se mantê-la dentro de limites que não se declarem gravosos para a pessoa, bem como para aqueles que com ela convivem	250	59.7	68	16.2	101	24.1
A PHDA só afeta rapazes	1	.2	398	95	20	4.8
Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares desestruturados	194	46.3	178	42.5	47	11.2
Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA	35	8.4	310	74	74	17.7
Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico	310	74	32	7.6	77	18.4
A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais	3	.7	396	94.5	20	4.8
Há características físicas específicas que podem ser identificadas pelos médicos (por exemplo, os pediatras) para a realização de um diagnóstico definitivo da PHDA	133	31.7	140	33.4	146	34.8
O conhecimento atual acerca da PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de déficit de atenção e outro que consiste na hiperatividade/impulsividade	330	78.8	16	3.8	73	17.4
Esta perturbação desaparece com a idade	14	3.3	262	62.5	143	34.1
As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta	40	9.5	145	34.6	234	55.8
Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares	190	45.3	70	16.7	159	37.9
É comum as crianças com PHDA terem um sentimento de grandiosidade e a sua autoestima elevada	57	13.6	252	60.1	110	26.3
Tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA	17	4.1	330	78.8	72	17.2
A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral	68	16.2	107	25.5	244	58.2

Tabela 5: Frequência das afirmações de conhecimento geral acerca da PHDA^a (Cont.)

Itens	Verdadeiro		Falso		Não Sei	
	N	%	N	%	N	%
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	167	39.9	9	2.1	243	58

^aN = 419.

Na análise aos resultados acima expostos na tabela 5 seguiu-se um critério que teve como base três organizadores: (1) os dados que apontam para a ausência de uma opinião formada sobre o assunto; (2) dados que reproduzem os mitos mais comuns; e (3) dados que revelam um conhecimento correto da realidade em análise.

Assim, podemos observar que mais de metade dos inquiridos tem dúvidas em relação a aspetos relacionados com a etiologia, diagnóstico e tratamento da PHDA. Em concreto, 58.2% dos professores admitem desconhecer o papel decisivo da influência da hereditariedade no desenvolvimento da PHDA; uma percentagem semelhante (58%) desconhece a existência de três apresentações distintas da PHDA; 55.8% não têm uma opinião formada relativa aos eventuais perigos da intervenção farmacológica, nomeadamente no que se refere aos psicoestimulantes.

Por sua vez, os resultados lançam por terra três dos principais mitos em torno das crianças com PHDA. Assim, 70.4% reconhecem-na como um quadro clínico, cuja etiologia primária não reside em questões de educação familiar (94.5%). Do mesmo modo, não é reconhecida como uma problemática exclusivamente associada ao sexo masculino (95%). No que se refere à distribuição diferenciada da PHDA por género, importa realçar os resultados de uma outra questão contemplada no QACP, que não mereceu contudo um tratamento diferenciado. Mais de metade dos inquiridos entende que não existem diferenças na prevalência da PHDA por género (56.3%), embora uma percentagem próxima dos 50% considere que esta perturbação é mais frequente no sexo masculino (42.7%). Outros estudos realizados em Portugal (e.g., Cardoso, 2013; Pinto, 2013; Simão, 2013; Espada, 2011; Lourenço, 2009) confirmam esta segunda evidência (50.9% -74.7% dos inquiridos sinalizaram esta opção), o que, de resto, está em consonância com a literatura que aponta valores superiores da PHDA nos rapazes, numa proporção cuja melhor estimativa é de 1.8:1, valor obtido numa meta-análise que abarcou 19 estudos epidemiológicos distintos (Willcutt, 2012). Esta é, à primeira vista, uma questão sem grande importância, mas a literatura tem destacado que os sintomas típicos da PHDA têm diferente expressão nos rapazes e nas raparigas. Nos rapazes os sintomas de

hiperatividade/impulsividade são mais exacerbados e iniciam-se num período de desenvolvimento mais precoce, ao passo que as raparigas são menos propensas a apresentar problemas de comportamento e, por isso, são predominantemente diagnosticadas com a apresentação desatenta, sendo eventualmente esta uma das justificações pelas quais são mais dificilmente identificadas (Biederman et al., 2002). Alguns especialistas nomeiam a PHDA nas raparigas de *Hidden Diagnosis* - “perturbação escondida” - (Quinn, 2005; Quinn & Madhoo, 2014). Na prática, a investigação efetuada neste âmbito demonstra que as raparigas são efetivamente menos diagnosticadas ou então que o diagnóstico é consumado mais tardiamente (Nussbaum, 2012) e, conseqüentemente, estão em maior risco de não receberem tratamento (Staller & Faraone, 2006) ou são menos vezes referenciadas pelos pais ou professores para serviços especializados (Nøvik et al., 2006; Ohan & Visser, 2009; Scitutto et al., 2004).

Deste modo, sendo os professores agentes importantes na sinalização/diagnóstico da PHDA há que sensibilizá-los para esta questão, sob pena de propagarmos o subdiagnóstico que parece existir na população feminina (Ramtekkar, Reiersen, Todorov, & Todd, 2010), cujas conseqüências se manifestam ao nível escolar, mas também noutras componentes a médio/longo prazo (principalmente no relacionamento interpessoal) (Becker, McBurnett, Hinshaw, & Pfiffner, 2013; Elkins, Malone, Keyes, Iacono, & McGue, 2011).

Por último, a larga maioria dos docentes reconhece a presença de dois conjuntos de sintomas característicos da PHDA (i.e. desatenção e hiperatividade/impulsividade) (n = 330, 78.8%), sendo esta evidência fortalecida com a percentagem de professores que assinalou que os comportamentos de natureza externalizante não são os únicos específicos da PHDA (74%). Do mesmo modo, os professores reconhecem que a PHDA é uma condição de caráter permanente. Assim, 59.7% dos respondentes afirma que esta perturbação não tem cura; pode ser diagnosticada na idade adulta (67.5%) e não desaparece com a idade (62.5%). Este último dado foi avaliado em outras investigações, nas quais se obtiveram percentagens entre os 58.8 – 81.4% de concordância dos professores em relação a este aspeto (e.g., Espada, 2011; Santos, 2012; Simão, 2013).

Relativamente aos problemas associados à PHDA, o maior número dos docentes aceita a influência negativa que esta condição acarreta ao nível das aprendizagens escolares (69%). Por sua vez, uma grande parcela dos docentes concorda que as crianças com este diagnóstico normalmente não têm grande autoestima (60.1%).

No plano terapêutico, há um claro predomínio (74%) favorável à combinação de tratamento medicamentoso com outro tipo de estratégias, nomeadamente a implementação de programas

de educação parental e intensificação da formação de professores. Ainda neste domínio, a generalidade dos participantes (78.8%) acredita que a utilização exclusiva da punição na gestão comportamental não se configura um modo de intervenção eficaz.

Como referido anteriormente, para cada uma das dimensões foram aplicados testes estatísticos, consoante as variáveis previamente definidas.

Tomando como variável independente a formação dos professores em PHDA, a tabela 6 apresenta-nos os resultados tendo como referência a aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxonon- Mann-Whitney.

Tabela 6: Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, relativamente às afirmações de conhecimento geral da PHDA^a

Itens	C/formação N	S/formação N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	p^b
Esta perturbação desaparece com a idade	80	339	11428.5	14668.5	.01
As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta	80	339	11600	14840	.02
A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral	80	339	11000	14240	.00
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	80	339	11788	15028	.03

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Em primeiro lugar, importa referir que em 18 afirmações apenas quatro revelam diferenças com significado estatístico [(U = 11428.5; W = 14668.5; $p = .01$); (U = 11600; W = 14840; $p = .02$); (U = 11428.5; W = 14668.5; $p = .00$) e (U = 11788; W = 15028; $p = .03$), respetivamente]. Tendo em conta o critério de codificação utilizado (1=Sim; 2=Não; 3=Não sei) e a frequência de respostas dos dois grupos de professores às questões identificadas na tabela 6 (cf. anexo IV₁), os resultados permitem concluir que esta variável tem influência no conhecimento que os docentes possuem do conhecimento geral da PHDA. A análise diferenciada a cada um dos itens mostra que a percentagem de acertos foi maior (em proporção) no grupo de professores com formação específica em PHDA, assim como (em oposição) também foi maior o número de indecisos no grupo de docentes sem formação específica em PHDA, isto é, que indicaram a opção “Não Sei”. A título de exemplo, no item “A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico

(por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral”, que está relacionada com a etiologia da PHDA, houve uma percentagem de acertos cuja diferença foi de 23.8% para os professores com formação vs. 14.5% para os professores sem formação; a situação inversa verificou-se ao nível dos indecisos (43.8% vs. 61.7%). Parece existir, deste modo, uma correlação positiva entre o conhecimento da PHDA e a formação neste campo, especificamente no que se refere à etiologia, diagnóstico e mitos da PHDA.

Na tabela 7 são exploradas as diferenças em relação à variável da experiência de ensino a alunos com PHDA.

Tabela 7: Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às afirmações de conhecimento geral da PHDA^a

Itens	C/experiência N	S/experiência N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	p ^b
Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares desestruturados	302	117	14664	60417	.00
Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA	302	117	15663	61416	.01
Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico	302	117	15685	61438	.02
A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais	302	117	16373.5	62126.5	.00
Esta perturbação desaparece com a idade	302	117	14352	60105	.00
Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares	302	117	15452.5	61205.5	.03
É comum as crianças com PHDA terem um sentimento de grandiosidade e a sua autoestima elevada	302	117	14913.5	60666.5	.00
Tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA	302	117	15521	61274	.00
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	302	117	14811	60564	.00

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Por outro lado, em função dos resultados apresentados na tabela 7, a primeira análise a destacar refere-se ao facto de que a variável “experiência de ensino” parece ser mais decisiva

para o conhecimento correto que os professores têm da PHDA do que a variável “formação”, o que inevitavelmente nos leva a refletir acerca dos planos de formação de base e contínua que têm sido implementados aos professores.

Tendo sido utilizado o mesmo critério seguir-se-á também o mesmo raciocínio adotado para a variável anteriormente analisada. Para todos os itens expostos na tabela 7 a percentagem de acertos foi maior (em proporção) no grupo de professores com experiência de ensino a alunos com PHDA, assim como (em oposição) também foi maior o número de indecisos no grupo de docentes sem experiência. Estes resultados obtiveram expressão em todas as dimensões da PHDA (cf. anexo IV₂). Por exemplo, no item “Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto”, que diz respeito ao diagnóstico, houve uma percentagem de acertos cuja diferença foi de 44.4% para os professores com experiência vs. 28.2% para os professores sem experiência; a situação inversa verificou-se ao nível dos indecisos (53.6% vs. 69.2%). Finalmente, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento dos professores do ensino privado e público relativamente ao conhecimento geral da PHDA (cf. anexo IV₃).

17.6.2.2 As percepções dos professores relativamente à etiologia da PHDA

Possivelmente a questão que gera maior controvérsia, fomenta crenças e condiciona comportamentos e atitudes, em particular dos professores, diz respeito à natureza da PHDA. Há a tendência, quase intuitiva, de atribuímos a todo e qualquer problema comportamental e/ou de aprendizagem uma origem ligada às práticas educativas, imputando-se, na maioria dos casos, a responsabilidade aos diferentes agentes educativos (principalmente os pais). Esta visão minimista desvia o foco do principal objeto, a pessoa com PHDA e os seus problemas.

A ideia de que o comportamento é determinado unicamente por fatores exógenos já não é defensável. Na realidade, e no que concerne à PHDA, ao longo de décadas de estudo reuniram-se provas de que esta não é uma condição cuja natureza se determina meramente por uma educação ineficaz ou expectativas desajustadas em relação ao comportamento e aprendizagem das crianças. Esta certeza não é porém acompanhada de evidências científicas que nos permitam, com clareza, atribuir uma única causa para o desenvolvimento da PHDA, embora se reconheça que se trata de uma perturbação marcadamente neurobiológica. A opinião generalizada é a de que, mais do que existir um ou mais mecanismos esclarecedores

há uma complexidade de fatores que interagem, exercendo cada um a sua influência, mas numa atuação que se acredita conjunta.

No campo da genética molecular procurou-se associar a manifestação dos sintomas da PHDA a genes específicos, dando azo a inúmeras especulações, mas com resultados promissores, sendo as conclusões mais válidas e consistentes as que remetem para alterações do ADN no gene recetor [ou de repetição (DRD4)] e no gene transportador (DAT1) da dopamina (Gabriela et al., 2009; Gizer et al., 2009; Ptacek, Kuzelova, & Stefano, 2011). Por outro lado, também são mencionados resultados que indicam uma maior incidência familiar nos membros da família imediata e um risco 2 a 8 vezes maior em familiares de 1.º grau (Faraone et al., 2005).

No domínio da neurobiologia e neuropsicologia o legado científico é nitidamente mais fértil. Muitos estudos neuropsicológicos, neuroquímicos e de neuroimagem têm contribuído significativamente para um conhecimento mais apurado acerca desta condição. Neste campo, a PHDA tem sido descrita como uma perturbação cujas principais causas derivam de problemas neuroquímicos, anatomofisiológicos e neuroanatômicos, em concreto referem-se disfunções dos neurotransmissores dopamina e norepinefrina (Gizer et al., 2009; Spencer et al., 2005); diferenças volumétricas ao nível do cortex pré-frontal, dos gânglios de base, corpo caloso e do cerebelo (Casey, Nigg, & Durston, 2007; Castellanos et al., 2002; Giedd & Rapoport, 2010); mais ainda, os estudos de neuroimagem funcional revelam circulação sanguínea, atividade metabólica e elétrica reduzidas, sobretudo nas regiões pré-frontais (Durston, Mulder, Casey, Ziermans, & van Engeland, 2006).

Por sua vez, uma das principais teorias neuropsicológicas da PHDA sugere que os seus sintomas se manifestam a partir de um défice primário nas funções executivas, que são encarregues de um conjunto de processos neurocognitivos (e.g., planeamento e organização das tarefas, resolução de problemas, memória de trabalho, inibição da resposta, vigilância) (cf., Willcutt et al., 2005). Esta tese é alicerçada em dados que apontam notórias fragilidades em algumas funções executivas nas crianças com PHDA, especialmente na capacidade de inibição da resposta e na memória de trabalho (Rennie, Beebe-Frankenberger, & Swanson, 2014; Schoemaker et al., 2012; Weyandt et al., 2013).

Uma outra linha de investigação remete-nos para fatores de ordem pré, peri e pós-natal. Referimo-nos a determinadas ocorrências durante a gestação e nascimento do bebé cuja influência tem sido testada no aumento do risco e/ou severidade da manifestação de sintomas da PHDA. No ciclo pré-natal, as variáveis que têm merecido peculiar atenção por parte da comunidade científica são o consumo de tabaco, o abuso do álcool e o *stress* nas mães

grávidas (Beaver, Nedelec, Rowland, & Schwartz, 2012; Grizenko et al., 2012; Obel et al., 2011). Como fatores perinatais, deparamo-nos com a prematuridade e os partos distócicos suscetíveis de originar danos fetais (Halmøy, Klungsøyr, Skjærven, & Haavik, 2012; Ketzer, Gallois, Martinez, Ronde, & Schmitz, 2012) e, entre as causas pós-natais, as doenças infecciosas, traumatismos crânioencefaláticos (Zappitelli, Pinto, & Grizenko, 2001).

Passamos, por fim, a uma outra corrente cuja validade científica é muito nebulosa, representada por fatores extrínsecos ou comumente designados ambientais. Falamos de outros aspetos que têm sido apontados sem que porém haja estudos conclusivos. O problema associado à educação das crianças enquanto elemento desencadeador da PHDA é porventura a ideia mais comum e lesiva das teses sem grande sustentação científica. Apesar de admitir-se que alguns fatores psicossociais (e.g., coesão familiar e comunicação) possam atenuar os problemas das crianças com PHDA, não existem indícios que nos permitem argumentar que constituem uma causa para o desenvolvimento desta condição (Crea, Chan, & Barth, 2014). De outro modo, outros autores promovem a noção de que alterações comportamentais (e.g., agressividade, inquietude, etc.) podem ser determinadas pelo contributo de aditivos e conservantes alimentares, assim como do açúcar refinado (Kim & Chang, 2011; Nigg, Lewis, Edinger, & Falk, 2012; Stevens, Kuczek, Burgess, Hurt, & Arnold, 2011).

A exposição a certos metais (e.g., chumbo e mercúrio) também tem sido vinculada a um maior risco da PHDA (Nigg, Nikolas, Knottnerus, Cavanagh, & Friderici, 2010; Sagiv, Thurston, Bellinger, Amarasiriwardena, & Korrick, 2012). Por fim, especula-se que as crianças têm problemas de atenção devido ao excesso de televisão e de videojogos (Landhuis, Poulton, Welch, & Hancox, 2007; Swing, Gentile, Anderson, & Walsh, 2010), se bem que em estudos com crianças com PHDA a asserção de que esta questão esteja no âmago da perturbação seja claramente refutada (Acevedo-Polakovich, Lorch, & Milich, 2007; Stevens & Mulsow, 2006).

Todas as hipóteses acima descritas foram contempladas e analisadas, como se pode observar na tabela 8.

Tabela 8: Frequência de respostas às afirmações relacionadas com a etiologia^a

Itens	N	%
Problemas durante a gravidez (Ex: exposição pré-natal ao álcool e ao tabaco, parto prematuro, baixo significativo de peso ao nascer)	58	13.8
Fatores associados ao funcionamento familiar (Ex: práticas educativas desajustadas)	56	13.4
Disfunções neurológicas	275	65.6
Ingestão em excesso de açúcar e outros alimentos com aditivos	6	1.4
Fatores genéticos	112	26.7
Demasiada televisão e videojogos	20	4.8
Fatores ligados à escola e ao comportamento dos professores	1	.2
Causas de natureza psicológica (Ex: ansiedade, problemas emocionais, dificuldades interpessoais)	305	72.8
Outra	2	.5

^aN = 419.

Apenas dois professores identificaram “outras” possíveis justificações para o surgimento da PHDA e que se inserem nos fatores relacionados com o funcionamento familiar (i.e., malcriação das crianças) (.5%).

Em termos gerais os dados sugerem que os professores consideram que não existe uma causa isolada para o aparecimento da PHDA, reconhecendo desta forma a abordagem multifatorial da influência de fatores de vulnerabilidade e resiliência para a explicação etiológica desta perturbação (cf. tabela 8). Todavia, destacam-se dois resultados que traduzem, por si só, uma aparente confusão no conhecimento que os professores manifestam em relação à etiologia da PHDA. Referimo-nos ao facto de, por um lado, grande percentagem dos docentes ter ajuizado que na génese da PHDA estão disfunções neurológicas (65.6%), mas por outro, a maior percentagem, acreditar que tal se deve a causas de natureza psicológica (72.8%), estas últimas tidas, habitualmente, como consequências da PHDA e que, por isso, se enquadram no capítulo dos problemas associados a esta perturbação e não nas causas etiológicas primárias. De assinalar, concomitantemente, a pequena percentagem de professores que apontou os fatores genéticos (26.7%), uma das mais elucidativas razões explicativas da PHDA, um desconhecimento já anteriormente reportado, pois mais de metade da amostra (58.2%) respondeu que não sabia que esta perturbação é mais comum em crianças com parentes em 1.º grau com este diagnóstico.

Em suma, perante os elementos recolhidos, podemos constatar que os docentes não possuem uma opinião clara e definida em relação à etiologia da PHDA, perspectiva que será cimentada com a informação obtida no estudo 2 da investigação.

A confusão emerge quando comparados estes resultados com o de outras investigações que abordaram esta matéria. Na realidade assiste-se a uma grande variabilidade, em muito fixada por aspetos metodológicos, culturais e, sobretudo, cronológicos.

No contexto nacional, Fonseca, Simões e Rebelo (1998a) verificaram um desfasamento assinalável entre as perceções que os participantes (e.g., alunos do curso de Psicologia e Ciências da Educação) apresentaram em relação à origem desta perturbação (29,4% afirmaram ser de natureza familiar, por oposição às indicações a causas de ordem genética ou neurológica, em que apenas 4% e 0.4% dos participantes, respetivamente, pensaram estar na origem desta perturbação). De assinalar também que 29.4% das respostas se inserem na opção “causas múltiplas (incluindo fatores ligados à família)”, o que significa que mais de metade dos participantes nesta investigação considerou os fatores familiares como a causa para a PHDA (Fonseca et al., 1998a).

Volvidos 11 anos, uma réplica desta investigação foi realizada por Júlio (2009). Dos professores que participaram (77.3% do total amostra), 77.6% colocou os fatores neurológicos em primeiro lugar sendo seguidos pelos fatores associados ao funcionamento familiar (70.6%) e por fatores genéticos (54.1%).

Reportando-nos à literatura cujas amostras foram constituídas somente por professores, entre 2009 e 2013 foram desenvolvidos diversos estudos (alguns recorreram ao mesmo questionário), mas cujo denominador comum importa aqui descrever. Uma primeira nota a assinalar é que os resultados obtidos refletem a mudança de paradigma, que no momento é marcadamente neurobiológico. Na realidade, na maioria das investigações analisadas os docentes reconhecem que a PHDA decorre de diferentes fatores, mas apontam primeiramente os genéticos e neurológicos (e.g., Cardoso, 2013; Lourenço, 2009; Matos, 2013; Pinto, 2013; Simão, 2013). Destaca-se, igualmente, que os fatores parentais ou familiares continuam a figurar nas principais causas apontadas por alguns professores (e.g., Matos, 2013; Cardoso, 2013), tendo inclusivamente os participantes do estudo de Pinto (2013) destacado estas causas em percentagem ligeiramente superior (53%) à indicação das causas genéticas (52%), algo que merecerá uma releção em análises posteriores.

No plano internacional a literatura é ainda mais volumosa, embora aparentemente mais consistente nos resultados. Na investigação de Ghanizadeh et al. (2006), apesar de 46% dos professores ter identificado vulnerabilidades biológicas e genéticas, mais de metade afirma que a PHDA se deve a disfunções familiares e um terço defende que pode ser causada por excesso de açúcar. Muito recentemente, Al-Omari et al. (2015), na Jordânia, recorreram ao mesmo instrumento e, apesar da distância temporal entre os dois estudos, resultados

semelhantes são reportados. Embora 75% dos participantes tenha indicado que a PHDA está relacionada a fatores biológicos e genéticos, a maioria (76.2%) considera que a PHDA pode surgir de práticas parentais desajustadas ou ambientes familiares destruturados. Além disso, cerca de 35% dos professores pensa que o excesso de açúcar e outros alimentos com aditivos poderão causar esta perturbação. Pegando nesta última evidência, há um conjunto alargado de investigações realizadas noutros países (e.g., Dinamarca, África do Sul, Estados Unidos, Austrália, Canadá) cujos professores concordam com a ideia de que a redução da ingestão de açúcar ou aditivos alimentares seria uma estratégia benéfica para minimizar os sintomas da PHDA e, portanto, uma boa medida de tratamento (e.g., Alkahtani, 2013; Bekle, 2004; Guerra Jr & Brown, 2012; Jerome et al., 1994; Jerome et al., 1999; Kos et al., 2004; Mohr-Jensen, Steen-Jensen, Bang-Schnack, & Thingvad, 2015; Sciutto, 2013; Perold et al., 2010; Sciutto et al., 2000; Topkin, Roman, & Mwaba, 2015).

Na Turquia, Nur e Kavakc (2010) administraram um questionário a 87 professores do 1.º ciclo; 32.2% concorda que a génese da PHDA é devida a causas de vulnerabilidade genética e biológica, porém, dois terços (65.5%) dos inquiridos acredita que a PHDA é uma consequência da educação dada pelos pais.

Numa investigação desenvolvida no Sri Lanka, Rodrigo et al. (2011) constataram que 80% dos participantes acredita que os pais são os culpados pela PHDA dos filhos e que os problemas comportamentais que estes apresentam são deliberados e maliciosos.

Na África do Sul, Kern, Amod, Seabi e Vorster (2015) concluíram que 15% dos professores alude ao facto da PHDA ser uma condição neurológica, ao passo que 72% atribui à dieta a causa principal da PHDA e 56 % a motivos de natureza psicológica.

Por fim, uma investigação desenvolvida na Áustria (Plattner, Aglan, Juen, & Conca, 2013) e outra na Austrália (Mulholland, Cumming, & Jung, 2015) demonstraram que os professores possuem maiores lacunas ao nível do conhecimento das causas da PHDA.

Na tabela 9 apresentam-se os resultados da variável formação específica. Para analisar se existem diferenças entre os professores com e formação específica em PHDA acerca da etiologia desta perturbação recorreu-se ao Teste do Chi-quadrado. Considerou-se uma probabilidade de erro do tipo I (α) de .05 em todas as análises inferenciais.

Tabela 9: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação à etiologia da PHDA^a

Itens		C/formação N ^(b)	S/formação N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Fatores genéticos	Sim	32 (21.4)	80 (90.6)	112			
	Não	48 (58.6)	258 (247.4)	306	8.79	.00	.00
	Total	80	338	418			
Causas de natureza psicológica (Ex: ansiedade, problemas emocionais, dificuldades interpessoais)	Sim	48 (58.2)	257 (246.8)	305			
	Não	32 (21.8)	82 (92.2)	114	8.17	.00	.00
	Total	80	339	419			

^aN = 419 (apenas 1 valor *missing* no item “fatores genéticos”; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

As únicas diferenças estatisticamente significativas verificaram-se ao nível dos fatores genéticos e das causas de natureza psicológica. Para os professores com formação específica, os fatores genéticos são uma causa importante para a explicação da PHDA ($X^2 = 8.79$, $p = .00$), enquanto nos outros professores não. Por sua vez, os professores sem formação específica consideram que a PHDA se deve a causas de natureza psicológica ($X^2 = 8.17$, $p = .00$), enquanto que nos outros professores não.

Podemos assim deduzir que os professores com formação específica em PHDA têm um conhecimento mais apurado da etiologia desta perturbação.

A análise comparativa das respostas a esta questão, em função das restantes variáveis independentes (experiência de ensino a alunos com PHDA; escola pública vs. privada) não revela qualquer diferença com poder estatístico (cf., anexo IV₄; anexo IV₅).

Em resumo, os resultados indicam que há necessidade de reforçar o conhecimento dos professores neste domínio. Esta questão é ainda mais permente porquanto sabemos que o tipo de interação, pedagógica e social, que se estabelece com estas crianças é fortemente condicionada pela natureza das atribuições causais que são feitas aos seus comportamentos.

17.6.2.3 Resultados referentes à caracterização semiológica

Do ponto de vista semiológico as inúmeras investigações realizadas defendem um modelo bidimensional (i.e., sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade) (cf. revisão, Willcutt et al., 2012). Desta tríade, o conjunto de sintomas com maior relevância para a

explicação da PHDA não é a hiperatividade, mas sim a desatenção e a impulsividade (ou desinibição comportamental). Efetivamente assiste-se a uma propensão generalizada para associar a PHDA à irrequietude ou agitação motora, sendo a própria perturbação comumente apelidada de “Hiperatividade”. Todavia, este tipo de sintomas, apesar de constituírem marcadores importantes, são os menos específicos, na medida em que muitas vezes se sobrepõem a outras perturbações ou problemas do desenvolvimento, mas acima de tudo porque dependem em muito do contexto e das atividades em causa (Barkley, 2008; Kofler, Raiker, Sarver, Wells, & Soto, 2016; Sayal, Letch, & Abd, 2008).

Na escola, em particular no 1.º ciclo do ensino básico (momento a partir do qual aumenta a exigência das tarefas escolares), são os sintomas de desatenção os principais indicadores da PHDA e que geram maior comprometimento funcional, nomeadamente ao nível do desempenho académico (Daley & Birchwood, 2010; Pingault et al., 2011), embora não raras vezes sejam desvalorizados ou passem despercebidos. Há estudos que recorreram a vinhetas (com descrições de comportamentos típicos de crianças com PHDA) que demonstram que os professores do 1.º ciclo tendem a reconhecer mais facilmente a apresentação Combinada que a Desatenta, conceptualizando e sobrevalorizando os comportamentos de hiperatividade/impulsividade caraterísticos da PHDA (e.g., Groenewald, Emond, & Sayal, 2009; Moldavsky, Groenewald, Owen, & Sayal, 2013).

Já Sciutto et al. (2004) haviam anunciado uma maior propensão dos professores do 1.º ciclo para referenciar mais rapazes que raparigas, e que esta circunstância se verificou essencialmente nas crianças que apresentavam sintomas de hiperatividade.

É por isso importante perceber se os professores do 1.º ciclo que participaram neste estudo identificam corretamente os sintomas nucleares desta perturbação (cf. tabela 10).

Tabela 10: Frequência de respostas às afirmações relacionadas com a sintomatologia^a

Itens	N	%
Fala excessivamente	46	11
Não presta muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido	106	25.3
Tem dificuldade em permanecer sentado	180	43
Evita ou não gosta de tarefas que exijam um esforço mental sustentado	90	21.5
Atividade motora excessiva	151	36
Facilmente se distrai	153	36.5
Interrompe ou interfere frequentemente com os outros	81	19.3
Tem dificuldade em focar a atenção	269	64.2
Dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas	52	12.4
Tem dificuldade com a organização e planificação das tarefas	132	31.5
Outra. Qual?	2	.5

^aN = 419.

Da análise efetuada à opção de resposta “outra” resultaram duas subcategorias que compreenderam apenas dois registos (dificuldades na conclusão da tarefa; repete o que a professora diz), sem que por isso tenham qualquer representatividade para a interpretação dos resultados desta questão.

Numa leitura global aos indicadores exibidos na tabela 10 conclui-se que os docentes discernem a tríade sintomática da PHDA, embora se depreenda que atribuem maior peso a determinados sintomas em detrimento de outros. No cômputo geral, de todos os comportamentos apresentados os que obtiveram maior expressividade foram os de desatenção, enquanto, no outro extremo, a impulsividade encerrou dois dos três valores mais baixos observados. No entanto, uma resposta contundente nesta matéria só será conseguida através dos resultados do estudo 2 da investigação. Esta informação complementar servirá igualmente para ajudar a deslindar a inconstância visível na literatura em relação a este assunto.

Relativamente às características que os levam a suspeitar de um caso de PHDA, os professores do estudo de Cardoso (2013), Simão (2013) e Lourenço (2009) privilegiaram os sintomas da desatenção (e.g., no estudo de Cardoso, 83% dos participantes assinalou “dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades”), ao passo que os participantes do estudo de Matos (2013), Couto (2012), Santos (2012) acentuaram os sintomas que integram o quadro de

hiperatividade/impulsividade (e.g., no estudo desenvolvido por Couto, 71% dos participantes indicou a opção “mexe-se muito como se estivesse sempre ligado a um motor”), suscitando assim alguma indefinição em relação aos sintomas que os professores mais atentam nestas circunstâncias.

Não obstante, quando interrogados em relação ao impacto destes sintomas em contexto escolar verifica-se maior consenso, a irrefragável maioria dos estudos mostra que os professores privilegiam os problemas de falta de atenção (e.g., Cariano, 2010; Couto, 2012; Fonseca et al., 1998a; Filipe, 2011; Júlio, 2009; Lourenço, 2009; Matos, 2013; Pinto, 2013; Santos, 2012, Simão, 2013).

Esta questão é de extrema importância, pois poderá ter implicações na referenciação de crianças com PHDA para tratamento (Sayal et al., 2006).

À semelhança das análises anteriores, foi nossa intenção perceber se existem diferenças entre o conhecimento dos professores com ou sem formação específica em PHDA no que diz respeito às características que os levam a sinalizar as crianças para diagnóstico. A análise comparativa efetuada, recurso ao teste de Chi-quadrado, indica-nos a ausência de qualquer diferença com significado estatístico entre os grupos, revelando que a formação específica em PHDA não parece condicionar os resultados (cf. anexo IV₆).

Na tabela 11 apresentam-se os resultados relacionados com a variável experiência prévia de ensino a alunos com PHDA.

Tabela 11: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação à sintomatologia da PHDA^a

Itens		C/experiência N (^b)	S/experiência N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Evita ou não gosta de tarefas que exijam um esforço mental sustentado	Sim	73 (64.9)	17 (25.1)	90			
	Não	229 (237.1)	100 (91.9)	329	4.64	.03	.03
	Total	302	117	419			
Interrompe ou interfere frequentemente com os outros	Sim	50 (58.4)	31 (22.6)	81			
	Não	252 (243.6)	86 (94.4)	338	5.34	.02	.02
	Total	302	117	419			

^aN = 419 (apenas 1 valor *missing* nos itens “atividade motora excessiva” e “outra”; dois valores *missing* no item “fala excessivamente”; ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Tendo em conta os resultados acima expostos podemos verificar que os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA dão muito mais importância ao facto da criança evitar ou não gostar de tarefas que exijam um esforço mental sustentado, como uma característica que os leva a presumir a PHDA, do que os professores sem experiência, ($X^2 = 4.64, p = .03$). Por outro lado, conforme descrito na tabela 11, os docentes sem experiência de ensino a alunos com PHDA valorizam sobremaneira a situação da criança interromper ou interferir frequentemente com os outros, como um comportamento que os leva a suspeitar de PHDA, do que os professores com experiência ($X^2 = 5.34, p = .02$).

Na análise comparativa que teve como referência o setor de atividade dos professores não foram observadas diferenças entre os professores do ensino privado e público relativamente ao tipo de sintomas que mais consideram para a sinalização da PHDA (cf. anexo IV₇).

Em suma, mais do que obter formação acerca do assunto, as evidências apontam que o contato direto com estes alunos pode ser decisivo na identificação dos principais sintomas da perturbação nesta fase de desenvolvimento das crianças, especificamente os de défice de atenção.

17.6.2.4 Comorbilidades/problemas associados

Uma outra ideia elementar para uma compreensão holística da PHDA relaciona-se com o conceito de comorbilidade. A literatura da especialidade revela que a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção está, em cerca de 80% dos casos, associada a outro (s) diagnósticos (Kaplan, Dewey, Crawford, & Wilson, 2001). Tal como veremos de forma mais pormenorizada no estudo 2, a PHDA está frequentemente relacionada à perturbação desafiante de oposição, à perturbação de comportamento, à perturbação de ansiedade, à perturbação depressiva, à perturbação de aprendizagem específica, entre outras condições clínicas. Mais ainda, esta associação de sintomas e características agrava o prognóstico da PHDA (Crawford, Kaplan, & Dewey, 2006), pelo que uma avaliação precoce é fundamental para o planeamento da intervenção.

É assim fulcral a consciencialização dos professores para esta questão e, por isso, foram confrontados se consideravam comum a existência de problemas associados à PHDA, tendo 91% dos participantes admitido esta possibilidade. É um resultado muito semelhante ao observado noutras investigações (Lourenço, 2009; Espada, 2011; Santos, 2012) e demonstra que os professores sabem que a PHDA é um diagnóstico em que, na maioria dos casos, poderá estar acoplado a outras perturbações.

No que se refere a esta dimensão as três análises comparativas efetuadas, com recurso ao Teste de Chi-quadrado, revelam que os resultados não são condicionados por nenhuma das variáveis independentes (formação específica, experiência pedagógica no domínio e setor de atividade) (cf. anexo IV₈; anexo IV₉; anexo IV₁₀).

Dentro deste contexto o QACP oferece um conjunto de características representativas de outras perturbações e/ou problemas de natureza externalizante e internalizante (cf. tabela 12), para as quais os docentes foram convidados a identificar as que, na sua opinião, mais se observam no comportamento da criança em contexto escolar.

Tabela 12: Frequência de respostas às afirmações relacionadas com comorbilidades/problemas associados^a

Itens	N	%
Dificuldade na relação com os pares	224	53.5
Pouca persistência e desmotivação escolar	305	72.8
Comportamentos de agressividade e oposição	234	55.8
Dificuldades na aprendizagem	297	70.9
Baixa autoestima	158	37.7
Profunda sensação de tristeza e falta de prazer em qualquer atividade	42	10
Baixa popularidade entre os seus companheiros	83	19.8
Emissão de barulhos ou sons desadequados	171	40.8
Reatividade desproporcionada quando provocadas	177	42.2
Facilmente sugestionáveis e exploradas pelos outros	42	10
Outros (as)	3	.7

^aN = 380 (39 valores *missing*).

A apreciação aos resultados detalhados supra permite-nos aferir que os professores inquiridos reconhecem um padrão disfuncional das crianças com PHDA em duas dimensões principais: comportamental/social e académica. Em relação à primeira dimensão, mais de metade dos professores assinalaram “Comportamentos de agressividade e oposição” (55.8%) e uma percentagem próxima dos 50% indicou “Reatividade desproporcionada quando provocadas” (42.2%), isto é, destacaram características relacionadas a comportamentos de natureza externalizante, os quais muitas vezes estão na origem da “Dificuldade na relação com os pares”, opção que foi sublinhada por 53.5% dos docentes. De outro modo, os aspetos

relacionados ao desempenho acadêmico foram claramente os que obtiveram maior relevância, com a expressiva maioria dos docentes a destacar a “Pouca persistência e desmotivação escolar” (72.8%) e uma percentagem muito semelhante a evidenciar as “Dificuldades na aprendizagem” (70.9%).

Sem embargo de alguma diversidade nas opiniões é visível que os professores acentuam os problemas na aprendizagem como aqueles que provocam maior desadaptação em contexto escolar, uma evidência demonstrada noutros estudos (e.g., Couto, 2012; Lourenço, 2009; Simão, 2013). De facto, este é um elemento muitas vezes considerado na realização do diagnóstico da PHDA, assim como no despiste das PAE (Oliveira et al., 2015).

À semelhança do que foi feito para as anteriores dimensões, pretendeu-se testar se o conhecimento dos professores acerca das comorbilidades/problemas associados é ou não influenciado pela formação específica em PHDA.

De todas as opções, apenas uma (“Dificuldades de Aprendizagem”) apresenta um nível de significância abaixo de .05. Na prática, os resultados apontam no sentido de que os professores que têm formação em PHDA dão muito mais importância às dificuldades na aprendizagem, como um problema que provoca maior desadaptação em contexto escolar, do que os professores sem formação ($X^2 = 4.79, p = .02$) (cf. anexo IV₁₁).

De igual modo, foi nossa intenção analisar se os resultados na descrição dos problemas associados à PHDA são condicionados pela variável experiência de ensino a alunos com alunos com PHDA. Neste âmbito, a única dimensão que distingue os dois grupos refere-se à “pouca persistência e desmotivação escolar”. Explicitamente, os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA dão muito mais destaque à “pouca persistência e desmotivação escolar”, como um fator que provoca maior desadaptação em contexto escolar, do que os professores sem experiência ($X^2 = 4.39, p = .03$) (cf. anexo IV₁₂).

Por fim, a última hipótese remete para possíveis diferenças entre o conhecimento dos professores do ensino público e privado relativamente ao assunto em análise. Da análise dos resultados, conclui-se que as únicas diferenças estatisticamente significativas apresentam-se ao nível da “baixa autoestima”. Em concreto, os professores das escolas privadas valorizam muito mais a baixa autoestima, como um problema que provoca maior desadaptação em contexto escolar, do que os professores do ensino público ($X^2 = 6.35, p = .01$) (cf. anexo IV₁₃).

No geral, podemos confirmar que as três variáveis em análise têm influência no conhecimento dos professores em relação às comorbilidades/problemas associados, porém, como referido anteriormente, sendo o baixo rendimento académico um dos problemas associados à PHDA

em contexto escolar mais evidentes, relevamos a importância da variável formação neste âmbito.

17.6.2.5 Sinalização/diagnóstico/encaminhamento

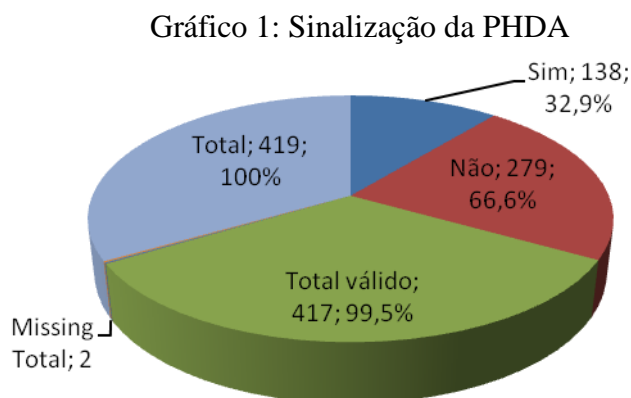
Os professores desempenham um papel fundamental na sinalização e identificação dos alunos com PHDA, sendo a sua participação normalmente exercida através do preenchimento de escalas e questionários devidamente aferidos e adaptados para a população a que se destinam (DuPaul & Jimerson, 2014; DuPaul, Reid, Anastopoulos, & Power, 2014b; Salmon & Kirby, 2009).

Pelo facto de as crianças com PHDA representarem um grupo heterogéneo relativamente aos comportamentos que manifestam e à intensidade dos mesmos, é primordial adotar padrões comuns na identificação e diferenciação de tais crianças de outras com problemas distintos (García, 2001). É assim recomendável o uso de critérios diagnósticos consensualizados e comumente aceites, postulados nos principais manuais de classificação internacionais (e.g., DSM-5).

O encaminhamento resulta do processo de sinalização. O professor do 1.º Ciclo do Ensino Básico pode ter um papel crucial no encaminhamento dos alunos para a realização de um diagnóstico da PHDA (Kypriotaki & Manolitsis, 2010; Fabiano et al., 2013; Scitutto et al., 2000; Snider, Busch, & Arrowood, 2003). Sax e Kautz (2003) enviaram um questionário a todos os médicos de família, pediatras e psiquiatras infantis de Washington, nos Estados Unidos. Em resposta à pergunta: "Quem primeiro sugeriu o diagnóstico de PHDA?", os inquiridos atribuíram percentagens para médicos de família, consultores, pais, professores, entre outros profissionais e agentes educativos. Os resultados mostram que os professores na maioria das vezes são os primeiros a sugerir a realização de um diagnóstico da PHDA (46.4%), seguido pelos pais (30.2%), os médicos de família (3.1%), outros colaboradores das escolas sem ser os professores (6%), consultores (e.g., psiquiatras infantis ou psicólogos) (3.1%) e "outros" (3%). O diagnóstico foi, portanto, sugerido pela primeira vez por um professor ou outro agente educativo em cerca de metade das crianças posteriormente diagnosticadas com PHDA.

Na ausência de sinalização anterior, mesmo que existam suspeitas, é por norma a entrada para o 1.º Ciclo que possibilita uma referência destas crianças para um especialista (Neto et al., 2014).

Neste enquadramento pareceu-nos importante perceber se os docentes que participaram nesta investigação já haviam sinalizado algum aluno com PHDA (cf. gráfico 1).



Observando o gráfico 1, constatamos que dos 417 participantes que responderam a esta questão, 138 (32,9%) referem já ter sinalizado um aluno com PHDA. Na investigação de Fernandes (2007), 52,7% dos professores garantiu já ter lecionado em turmas com alunos com PHDA identificados por si (mas sem estarem diagnosticados por especialistas), ao passo que 66,7% dos docentes que integraram a amostra da investigação de Filipe (2011) anuíram circunstância idêntica. Já no estudo de Couto (2012), relativamente à frequência com que os professores se deparam com alunos com suspeitas e sinais de PHDA (porém sem diagnóstico consubstanciado), 50% dos inquiridos indicaram que se confrontavam com estes alunos “algumas vezes”, 15,3% afirmaram que é uma realidade “frequente” e 5,6% “muito frequente”.

Sem nos posicionarmos em relação aos números descritos, realçamos porém que os processos de sinalização/identificação devem ter por base uma avaliação consciente e rigorosa. Pois, se não se deve promover um subdiagnóstico, barrando o acesso a um tratamento e acompanhamento adequado às crianças que efetivamente têm PHDA, também é necessário precaver o sobrediagnóstico desta população, de acordo com o qual “tudo o que mexe” ou está desatento é hiperativo (Neto et al., 2014). Na realidade, o contacto direto com os professores que participaram nesta investigação permitiu-nos legitimar esta visão, pois sempre que confrontados com a presença de alunos com PHDA nas suas salas de aula foram recorrentes afirmações como: “na verdade penso que será metade da turma”, “tenho meia dúzia deles” ou “isto há cada vez mais destes alunos”. Semelhante perspetiva foi apontada no estudo das perceções dos professores acerca da incidência e tratamento da PHDA

desenvolvido por Havey (2007), pois os dois conjuntos de professores avaliados (i.e., holandeses e americanos) acreditavam ter alunos não diagnosticados com PHDA nas suas salas de aula. Havey Olson, McCormick e Cates (2005) e Glass e Wegar (2000), em estudos com objetivos semelhantes, já haviam reportado que a incidência da PHDA percebida pelos professores excede em larga medida o nível médio da prevalência desta perturbação aceite na literatura.

Outras investigações internacionais que utilizaram questionários e escalas junto de professores do 1.º Ciclo apontam diferentes conclusões.

Na investigação desenvolvida por Kypriotaki e Manolitsis (2010) os professores identificaram muitos mais alunos com PHDA que o número esperado tendo por base as normas de classificação desta perturbação. Os docentes não só sinalizaram mais rapazes que raparigas, como fizeram avaliações mais precisas para as raparigas que para os rapazes.

Por sua vez, os resultados do estudo de Fabiano et al. (2013) apontam que existe uma subidentificação dos professores em relação aos alunos com esta problemática.

Mais recentemente, Ibukun, Oluyemi, Abidemi, Suraj e Ola (2015) aplicaram um questionário (do tipo vinheta, com descrições alusivas a comportamentos típicos de um aluno com PHDA segundo os critérios do DSM-IV) a 144 professores do 1.º ciclo e concluíram que apenas 7,6% identificou corretamente a vinheta referente ao aluno com PHDA.

Kieling et al. (2014) advertem que a escolha da estratégia de identificação influenciou significativamente na forma como os professores reportam os sintomas da PHDA e que a presença de comportamentos externalizantes tem um forte impacto na identificação dos casos de PHDA em ambiente escolar. No conjunto das diferentes estratégias utilizadas (resposta a uma pergunta aberta sobre potenciais casos de PHDA na sala de aula; preenchimento de um questionário de âmbito geral para avaliar problemas comuns de saúde mental infantil; um questionário específico para classificar sintomas de PHDA), o questionário específico para a PHDA foi o instrumento com melhor desempenho. Por sua vez, através de uma análise multivariada apuraram que a presença de comorbilidades com perturbações de natureza externalizante foi a única variável associada ao julgamento de possíveis casos de PHDA (corretos ou incorretos) pelos professores (Kieling et al., 2014).

Em Portugal, no estudo de Monteiro (2011), muitos professores confundiram sintomas característicos do autismo com os da PHDA, o que denota a persistência de algumas dificuldades na identificação/sinalização de casos de alunos com esta perturbação.

Há realmente questões relacionadas com a avaliação/diagnóstico/referenciação da PHDA que devem se clarificadas, em particular: (i) alguns estudos apontam para um sobrediagnóstico

desta perturbação; (ii) o rácio de género na população geral, bastante superior nos rapazes (3:1); uma percentagem bastante elevada de rapazes recebe tratamento comparativamente às raparigas (6-9:1). O estudo de Bruchmüller, Margraf e Schneider (2012) procurou testar a hipótese de que tal acontece porque os especialistas não seguem os critérios estipulados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) e/ou da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os resultados confirmam esta ideia, 16.7% dos terapeutas (i.e., psicólogos e psiquiatras) diagnosticaram a PHDA em vinhetas com descrições de casos sem esta perturbação. Estes indicadores sugerem que existe um excesso de diagnósticos, em muito explicado pela pouca aptidão/formação dos especialistas na utilização de critérios de diagnóstico padronizados na sua rotina clínica.

À margem destes factos, em seguida procuramos concretizar os objetivos definidos e analisamos a forma como as variáveis “formação específica dos docentes em PHDA”, “experiência docente a alunos com PHDA” e “exercício da docência no setor público ou privado”, condicionam a resposta à questão “já sinalizou alguma criança com PHDA? As análises efetuadas com recurso ao Teste de Chi- quadrado para a variável formação específica em PHDA revelam que nenhum dos pressupostos foi cumprido, pelo se entende que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os professores com e sem formação específica em PHDA no que respeita à sinalização de alunos com esta problemática (cf. anexo IV₁₄)

Ao invés, os resultados apontam diferenças estatisticamente significativas entre os professores com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA e a sinalização destes mesmos discentes para diagnóstico ($X^2 = 53.1, p = .00$) (cf. anexo IV₁₅). Os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA responderam “Sim” a esta questão em proporção muito superior aos que não têm experiência, o que revela que este pode ser um fator importante para a sinalização deste tipo de crianças na escola, pese embora não tenhamos indicadores relativamente à exatidão deste procedimento.

No estudo desenvolvido por Monteiro (2011), apesar de na generalidade os professores terem manifestado algumas lacunas na sinalização dos alunos com PHDA, verificou-se que os que já trabalharam com este tipo de crianças denotam maior capacidade para identificar as características associadas a estes alunos (Monteiro, 2011).

Por último, tomando como variável a escola pública vs. privada há razões que justificam uma análise mais cuidada ($X^2 = 4.42, p = .03$) (cf. anexo IV₁₆). Os professores do ensino privado responderam afirmativamente a esta questão em proporção muito superior aos do ensino público, o que nos leva a deduzir que os docentes das escolas privadas sinalizam mais as

crianças com PHDA. Tal situação poderá derivar de diferentes fatores (e.g., turmas mais pequenas; mecanismos de suporte da escola; maior acompanhamento e estatuto socioeconómico dos pais destas crianças), algo que procuraremos esclarecer adiante (i.e., aquando do escrutínio às entrevistas realizadas aos professores).

Como referido anteriormente, na maioria das vezes a sinalização de alunos com PHDA é acompanhada do preenchimento de escalas de avaliação específicas para o efeito e que constituem simultaneamente um instrumento coadjuvante ao diagnóstico desta perturbação. Deste modo, foi nossa intenção descortinar se os participantes alguma vez haviam preenchido este tipo de documento. Perante a questão “Em alguma ocasião preencheu alguma escala para identificação de uma criança com PHDA?”, apenas 27.7% dos professores assumiram ter realizado tal procedimento, um número próximo dos 32.9% que admitiram já ter sinalizado algum aluno com esta perturbação.

A literatura indica que a realização de uma triagem às crianças identificadas para uma avaliação mais rigorosa da PHDA pode otimizar o uso de recursos clínicos limitados. Objetivamente, uma pré-avaliação (i.e., através da aplicação de escalas e questionários para pais e professores) das crianças referenciadas contribui para um aumento de diagnósticos clínicos da PHDA, isto apesar de falsos positivos continuarem a ser comuns devido à sobreposição da PHDA com outras patologias e problemas do desenvolvimento (Sayal et al., 2008).

Passando à avaliação das diferenças entre os participantes, com o recurso ao Teste de Chi-quadrado, observamos que todas as variáveis em estudo (formação específica, experiência pedagógica no domínio e setor de atividade) condicionam os resultados obtidos.

Segundo a informação obtida existem diferenças em relação à formação específica em PHDA ($X^2 = 4.75$, $p = .02$) (cf. anexo IV₁₇). Os professores com formação específica em PHDA responderam “Sim” a esta questão em proporção muito superior aos que não têm formação, se bem que anteriormente não se tenham averiguado diferenças a este nível com a sinalização deste tipo de alunos.

No que se refere à experiência de ensino a alunos com PHDA também há diferenças com significado estatístico ($X^2 = 24.6$, $p = .00$) (cf. anexo IV₁₈), isto é, os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA responderam “Sim” a esta questão em proporção muito superior aos que não têm experiência. Este é, de resto, um dado que está em consonância com os resultados alcançados na mesma variável para a sinalização dos alunos com esta problemática.

Finalmente, os indicadores aludem para diferenças entre os professores do ensino privado e público ($X^2 = 4.42, p = .03$) (cf. anexo IV₁₉). Em concreto, os professores do ensino privado responderam afirmativamente a esta questão em proporção muito superior aos do ensino público, ou seja, os do privado preencheram mais escalas de avaliação, na linha dos resultados obtidos para a sinalização de alunos com PHDA.

Existem diferentes escalas de avaliação devidamente aferidas e estandardizadas (e.g., “Teacher Report Form (TRF)”, “Conners Teacher Rating Scale”, “Barkley School Situations Questionnaire”, etc.) . Das possibilidades oferecidas pelo QACP, a maior percentagem dos respondentes afirmou não lembrar-se do nome da escala (56.1%) e dos nomes apontados o que reuniu maior consenso foi a “Conners Teacher Rating Scale” (32.6%), que é efetivamente uma das mais conhecidas e utilizadas neste âmbito.

Quanto questionados se as escalas foram preenchidas em alguma escola de São Miguel constatamos que a quase totalidade dos respondentes declarou que completou esta escala ao longo do seu serviço docente em São Miguel (93.69%).

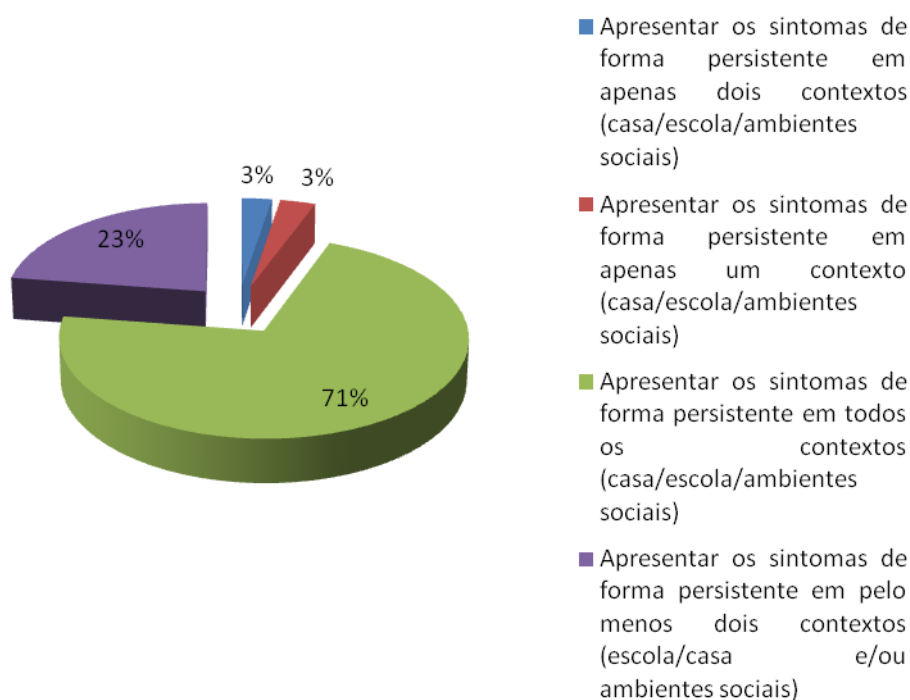
Passamos agora ao conhecimento que os professores possuem dos critérios de diagnóstico da PHDA consagrados num dos principais manuais de classificação internacionais, o DSM.

Apesar de os critérios aqui apresentados e utilizados ao longo deste trabalho científico terem sido os do DSM-IV-TR (APA, 2002), as alterações operadas no DSM-5 não atingem a população considerada neste estudo (i.e., entre os 6 e os 12 anos), uma vez que as descrições dos comportamentos típicos e o critério da idade para efeitos de diagnóstico nesta faixa etária, não sofreram modificações no novo manual (APA, 2014).

Em Portugal, os estudos desenvolvidos por Pinto (2013) e Fernandes (2007), especialmente o segundo, incidiram na análise de questões relacionadas com a sinalização e o diagnóstico de crianças com PHDA por parte dos professores e, por isso, servirão de prumo aos resultados obtidos nesta dimensão do QACP.

Um dos princípios indispensáveis para ser diagnosticada esta perturbação é a obrigatoriedade de os sintomas surgirem continuamente em pelo menos dois contextos diferentes.

Gráfico 2: Critérios de diagnóstico (contexto)

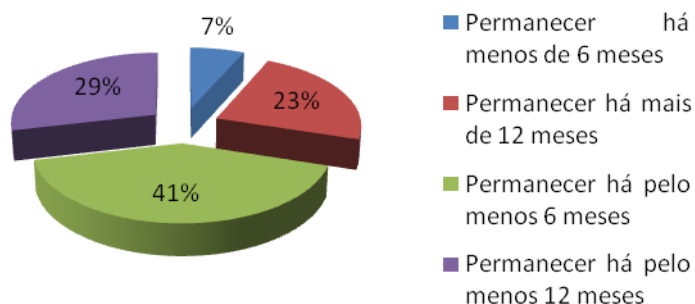


De entre as possibilidades apresentadas, segundo o que é possível apurar no gráfico 2, 71% dos professores entende que para um aluno ser diagnosticado com PHDA ele deve manifestar os sintomas em todos os contextos. Apenas 23% dos inquiridos indicou a opção acertada “apresentar os sintomas de forma persistente em pelo menos dois contextos (escola/casa e/ou ambientes sociais). Estes resultados estão alinhados com as descobertas de Pinto (2013), em que 61% dos docentes assinalou a opção de resposta “em todos os contextos” e somente 10% “em mais de dois contextos”.

Depois de aplicado o teste Mann-Whitney, não se registaram diferenças estatisticamente significativas, tendo como referência as variáveis independentes que temos vindo a considerar (i.e., formação específica em PHDA; experiência de ensino a alunos com PHDA; e escola pública vs. privada) no que respeita à questão em conta (cf. anexo IV₂₀; anexo IV₂₁; anexo IV₂₂).

Ainda no que se refere à análise do conhecimento dos professores acerca dos critérios de diagnóstico da PHDA, observamos agora os resultados referentes à duração e persistência dos sintomas (cf. gráfico 3).

Gráfico 3: Critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas)

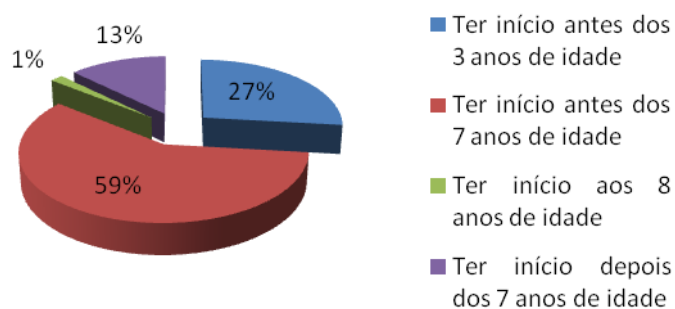


No gráfico 3 assiste-se a uma grande variedade nas opções assinaladas pelos professores. Não obstante, é de salientar que uma percentagem próxima dos 50% indicou a opção correta “permanecer há pelo menos 6 meses” (41%), seguida da opção “permanecer há pelo menos 12 meses” (29%). Uma vez mais encontramos pontos convergentes com o estudo de Pinto (2013), pois apesar da diversidade nas opiniões, 45% dos inquiridos salientou a opção “desde há 6 meses”. Já na investigação de Fernandes (2007), a opção mais indicada pelos professores foi “pelo menos há 2 meses” (33.3%), sendo que a opção “pelo menos há 6 meses” conseguiu 26.5% das referências dos professores.

A análise do item relativo à persistência dos sintomas não evidenciou nenhuma diferença com significado estatístico, tendo como referência o conjunto das três variáveis que temos vindo a reportar (cf. anexo IV₂₃; anexo IV₂₄; anexo IV₂₅).

O conhecimento dos professores acerca da PHDA foi ainda testado recorrendo à análise das respostas ao item “idade de aparecimento dos sintomas” (cf. gráfico 4).

Gráfico 4: Critérios de diagnóstico (idade)



Os indicadores do gráfico 4 refletem que a maioria dos docentes está informada em relação à necessidade dos sintomas surgirem antes dos 7 anos de idade para as crianças serem diagnosticadas com PHDA (58.7%), indo ao encontro dos resultados obtidos por Pinto (2013), em que 87% dos inquiridos selecionaram esta opção.

Apesar disto, não se pode afirmar contundentemente que o critério da idade não oferece qualquer dúvida aos professores, pois uma percentagem não negligenciável (41.3%) identificou as outras três opções do QACP e no estudo de Fernandes (2007) não mais do que 26.4% dos inquiridos indicou que os sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

As mudanças na nova versão do DSM poderão ter contribuído de algum modo para estes resultados, ou seja, os professores poderão ter ouvido falar desta nova informação e não a ter assimilado totalmente, causando-lhes alguma confusão.

A análise dos resultados em função das três variáveis independentes consideradas (cf. anexo IV₂₆; anexo IV₂₇), revela-nos que apenas a dimensão experiência de ensino a alunos com PHDA parece condicionar as respostas dos docentes ($U = 15578$; $W = 22364$; $p = .04$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (idade) da

PHDA^a

Itens	C/experiência N (%)	S/experiência N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	p^b
Ter início antes dos 3 anos de idade	74 (24.5)	38 (32.7)	112			
Ter início antes dos 7 anos de idade	180 (59.6)	66 (56.9)	246			
Ter início aos 8 anos de idade	6 (2)	1 (.9)	7	15578	22364	.04
Ter início depois dos 7 anos de idade	42 (13.9)	11 (9.5)	53			
Total	302	116	418			

^aN = 418 (1 valor *missing*); ^b< .05 (bicaudal).

Os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA assinalaram, em proporção, mais as últimas opções (mais idade) do que os professores sem experiência.

Uma hipótese explicativa para esta evidência entronca com o comentário anterior, ou seja, o primeiro grupo de professores poderá sentir necessidade, ou ter maior interesse, na

atualização da informação acerca da PHDA e, uma vez que este critério foi alterado no DSM-5 para os 12 anos, indicaram as últimas duas opções.

De uma forma geral, o conhecimento dos professores acerca dos critérios de diagnóstico da PHDA parece ser reduzido e os resultados apontam a necessidade da clarificação destes conceitos à classe docente.

Além de reconhecer as principais características das crianças com PHDA e os critérios necessários para um diagnóstico desta natureza, os professores devem estar conscientes dos diferentes profissionais que participam na avaliação e consequente diagnóstico desta perturbação, incluindo a sua própria intervenção neste âmbito. Deste modo, consideramos pertinente analisar a perspetiva dos professores inquiridos em relação ao seu papel na avaliação/diagnóstico da PHDA, assim como à necessidade de uma colaboração pluridisciplinar neste domínio (cf. tabela 14).

Tabela 14: Frequência de respostas em relação aos agentes que participam no diagnóstico da PHDA^a

Intervenientes	N	%
Professor	356	85
Psicólogo	398	95
Professor de Educação Especial	297	70.9
Médico de família	160	38.2
Pediatra	277	66.1
Pais	337	80.4
Neurologista	189	45.1
Outro	9	2.1

^aN = 419 (1 valor *missing* em “outro”).

Ao conjunto dos profissionais elencados na tabela 14, os professores somam ainda o pedopsiquiatra (com 8 nomeações) e o psiquiatra com uma nomeação. Os dados obtidos traduzem que os docentes admitem que o diagnóstico da PHDA deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, assente na colaboração de diferentes especialistas e educadores.

Importa salientar o destaque atribuído pelos docentes aos intervenientes que normalmente assumem um papel relevante em todas as fases do processo (i.e., sinalização, avaliação e intervenção), nomeadamente: psicólogo (95%); professor (85%); pais (80.4%) e professor de educação especial (70.9%). Das especialidades clínicas a que recebeu maior concordância foi o médico pediatra (85%), seguido do neurologista (45.1%) e por último do médico de família (38.2%).

Numa retrospectiva à literatura vemos em algumas investigações nacionais que o Psicólogo é considerado pelos professores a figura central no processo de diagnóstico da PHDA (e.g., Espada, 2011; Lourenço, 2009; Santos, 2012). Mesmo em estudos cujos especialistas mais sugeridos pelos docentes remetem para profissionais da medicina (e.g., médico e neuropsiquiatra), entre 34.5 - 89.2%, os psicólogos tiveram sempre um lugar de destaque, aparecendo logo em seguida no que toca a indicações dos professores, 33.6 - 68.6% (e.g., Filipe, 2011; Simão, 2013). O professor e o professor do ensino especial assumiram invariavelmente um papel secundário (e.g., Espada, 2011; Filipe, 2011; Lourenço, 2009; Santos, 2012; Simão, 2013). Recordamos que um diagnóstico bem-sucedido passa por uma adequada referência dos professores ou outros técnicos escolares (e.g., professor de EE). Os professores, na maioria das situações, estão melhor preparados e em melhor posição que os pais ou outros educadores para avaliar a capacidade de concentração e outros comportamentos típicos, comparando-os com os colegas da mesma idade cronológica e desenvolvimental (DuPaul, 2004).

Um estudo internacional que envolveu 311 professores de escolas públicas e privadas de três países diferentes (República Dominicana, Bolívia e México) concluiu também que os inquiridos consideram o psicólogo como o profissional de saúde mais competente para atuar nos processos do diagnóstico e intervenção na PHDA (Palacios-Cruz et al., 2013).

A tabela 15 mostra as diferenças entre os professores com e sem formação específica em PHDA em relação à matéria discutida.

Tabela 15: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos intervenientes no diagnóstico da PHDA^a

Itens		C/formação N (^b)	S/formação N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Professor	Sim	74 (68.0)	282 (288.0)	356			
	Não	6 (12.0)	57 (51.0)	63	4.39	.03	.03
	Total	80	339	419			
Neurologista	Sim	28 (36.3)	161 (152.7)	189			
	Não	52 (43.7)	176 (184.3)	228	4.25	.04	.03
	Total	80	337	417			

^aN = 419 (apenas 2 valores *missing* no item “Neurologista” e 1 no item “Outros”); ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Conforme observável na tabela 15 os resultados mostram que os professores com formação específica em PHDA atribuem ao professor um papel importante, comparativamente aos professores sem formação ($X^2 = 4.39, p = .03$). Por outro lado, os professores sem formação específica em PHDA sinalizaram mais vezes o médico neurologista, quando comparados os resultados com os professores com formação ($X^2 = 4.25, p = .03$).

No que concerne à experiência de ensino a alunos com PHDA a análise comparativa dos dois grupos localiza as diferenças no que se refere ao papel do médico de família ($X^2 = 4.36, p = .03$), sendo este interveniente menos referenciado pelo grupo de professores com formação (cf. anexo IV₂₈).

O papel atribuído ao médico de família no processo de identificação das crianças com PHDA foi também a única diferença estatisticamente significativa alcançada entre os professores do ensino privado vs público ($X^2 = 12.25, p = .00$) (cf. anexo IV₂₉). Assim, constatamos que os professores do ensino público designam mais vezes o médico de família para a realização do diagnóstico da PHDA, que os professores do ensino privado.

Depois de tudo o que foi avaliado interessa finalmente saber se os docentes que participaram nesta investigação já haviam realizado algum encaminhamento de alunos com PHDA para especialistas e nestas circunstâncias quais os profissionais e ou serviços mais requisitados. Perante a questão “na suspeita de um caso de PHDA na sua sala de aula alguma vez aconselhou o apoio de algum técnico aos pais ou à direção da escola”, a maioria dos docentes respondeu afirmativamente (50.6%), embora o número de respostas negativas tenha sido bastante próximo.

Em relação a esta pergunta, o QACP compreende uma alínea de resposta aberta cujo propósito é averiguar quais os especialistas e/ou serviços mais recomendados pelos professores. Decorrente da análise de conteúdo foi estabelecida uma categoria “encaminhamento”, da qual, em função das respostas obtidas, emergiram seis subcategorias e os respetivos indicadores/evidências (c.f. quadro 1).

Quadro 1: Encaminhamento para profissionais qualificados^a

Categoria	Subcategoria	N
Encaminhamento	SPO	49
	Psicólogo	138
	Núcleo de Educação Especial	24
	Pedopsiquiatra	5
	Pediatra	28
	Médico de família	25

^aN = 269.

Como é possível verificar, a maioria dos professores que responderam a esta questão referiram que, perante a suspeita de um caso de PHDA, o profissional que recomendaram foi o psicólogo (51.3%). Na mesma linha 18.2% sugeriram os SPO, sendo que 8.9% indicaram o núcleo de educação especial. Os restantes 58 respondentes apontaram outros profissionais da saúde, nomeadamente o pediatra (10.4%), o médico de família (9.3%) e o pedopsiquiatra (1.9%). Podemos assim inferir que os professores deste estudo aconselham com maior frequência profissionais e/ou serviços ligados ao contexto escolar em detrimento do contexto médico e/ou hospitalar. Estes resultados poderão ter diferentes leituras, especificamente: (i) decorrem da escassez de algumas especialidades médicas na ilha de São Miguel; (ii) representam as verdadeiras crenças dos professores, que atribuem um papel mais decisivo ao psicólogo ou ao professor de EE; (iii) são uma imposição que resulta do modelo de atendimento escolar que é feito aos alunos com PHDA. Sendo estas hipóteses, para já, do domínio especulativo, esta questão será debatida no estudo 2, momento em procuraremos dar uma resposta mais concreta a esta questão.

Neste âmbito, quando questionados sobre o profissional externo à família escolhido para intervir junto de crianças com PHDA, os docentes do estudo de Couto (2012) consideraram o “Psicólogo” (72,6%) como o profissional que apresentaria maiores competências para cumprir esse propósito, sendo seguido pelo “Professor de educação especial” (54%) e pela “Pedopsiquiatra” (50%). Por outro lado, o “Professor do ensino regular” (0,8%) e o “Psiquiatra” (1,6%) são os profissionais menos referidos.

Resultados semelhantes foram observados no estudo de Fonseca et al. (1998a) e, mais tarde, por Júlio (2009), sendo que no primeiro estudo 69.3% dos respondentes indigita o psicólogo e

22.6% “equipas de diversos especialistas (incluindo o psicólogo)”. No segundo, 29.6% dos inquiridos (a opção com maior percentagem) sugere o psicólogo.

Articulando estes dados com a informação obtida na questão anterior acerca do diagnóstico, parece existir consenso na ideia de que o psicólogo será o profissional mais habilitado para avaliar/diagnosticar/intervir em casos de PHDA. Esta confiança é a nosso ver exagerada, sem menosprezar o papel importante que o psicólogo pode assumir, é preciso relembrar que o diagnóstico da PHDA se baseia na lógica da multidisciplinaridade e multiinformação, que exige, por inerência, a participação de outros intervenientes (e.g., médico especialista) (Hall & Gushee, 2000; Leslie, Weckerly, Plemmons, Landsverk, & Eastman, 2004).

Configura-se assim essencial que os docentes percebam o contributo de cada um destes agentes para melhor aconselhar os pais destas crianças. Acresce que muitas vezes as escolas carecem de profissionais e mecanismos de suporte ao atendimento profícuo dos alunos com PHDA (perspetiva que iremos fundamentar no estudo 2 da investigação).

Em relação à temática em análise não existem diferenças estatísticas com peso significativo entre os professores com e sem formação específica em PHDA (cf. anexo IV₃₀), nem em função do seu setor de atividade (cf. anexo IV₃₁).

Ao invés, os resultados ditam que a variável experiência de ensino a alunos com PHDA poderá ter um papel importante neste aspeto ($X^2 = 32.56, p = .00$) (cf. anexo IV₃₂).

Em concreto, verificou-se que os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA responderam afirmativamente a esta questão em proporção muito superior aos que não têm experiência.

A última questão desta dimensão visa saber se os professores conhecem alguma entidade/serviço externo à escola que faça a avaliação, diagnóstico e acompanhamento de crianças com PHDA. Os resultados do inquérito revelam que apenas uma minoria dos docentes admite ter conhecimento de entidades ou serviços especializados em PHDA nos Açores (26%), sendo que de momento na região existe uma oferta diversificada deste tipo de serviços.

A análise dos resultados em função das três variáveis independentes consideradas (cf. anexo IV₃₃; anexo IV₃₄), revela-nos que apenas a dimensão experiência de ensino a alunos com PHDA parece condicionar as respostas dos docentes ($X^2 = 8.05, p = .00$) (cf. anexo IV₃₅). Com efeito, os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA reconheceram e

indicaram algumas destas entidades²² em proporção muito superior aos que não têm experiência.

Numa interpretação abrangente às diferenças com significado estatístico identificadas nas três variáveis ao longo da dimensão em análise verificamos que a experiência de ensino a alunos com PHDA tem influência ao nível da sinalização, encaminhamento e no conhecimento de centros e serviços de apoio externo à escola para este tipo de situação. Paralelamente, os dados apontam que os docentes do ensino privado sinalizam e encaminham estes alunos em maior número que os do público.

Para encerrar esta dimensão, importa aqui referir o estudo de Fonseca et al. (1998b). Estes investigadores constataram que existem muitas crianças (grupo da comunidade) com graves problemas de atenção e hiperatividade (quando comparadas com o grupo clínico) e que, apesar destas dificuldades, não usufruem de qualquer tipo de apoio especializado. Uma das justificações apontadas foi a de que o maior nível escolar e socioeconómico dos pais das crianças do grupo clínico faz com que estejam mais predispostos para a procura de serviços especializados. A ideia principal que queremos registar é a de que, volvidos 18 anos, a realidade neste domínio não mudou significativamente, como aliás poderemos confirmar no estudo 2.

Face a estes resultados, e sendo consensual e fundamentada a ideia de que a formação dos docentes na temática da PHDA melhora a sua performance no reconhecimento de crianças em risco de desenvolverem ou apresentarem esse problema, torna-se essencial aprofundar o conhecimento dos professores nesta matéria, a fim de se esbaterem algumas diferenças socioeconómicas e assim permitir o acesso a um tratamento especializado a todas as crianças.

17.6.2.6 Tratamento/intervenção

Tal como nos diz Lopes (2004) não existe “cura” para a PHDA, apenas procura-se mantê-la dentro de limites que não se declarem gravosos para o sujeito, bem como para aqueles que com ela convivem.

De facto, não há terapêuticas milagrosas, mas felizmente existe um conjunto alargado e bem documentado de ferramentas com resultados muito satisfatórios que podem ajudar a minimizar as carências e dificuldades das crianças com PHDA. No contexto educativo a estratégia global deve seguir a asserção de que se faz tudo o que é possível para lhes facilitar

²² Foram feitas referências a algumas entidades, no entanto, por uma questão ética, optamos por não incluir esta informação.

o sucesso académico, com a ressalva de que cada caso deve ser avaliado individualmente, pois uma mesma medida interventiva pode ser benéfica para determinado aluno e para outro com diagnóstico idêntico não (Pfiffner et al., 2006/2008).

Do ponto de vista global da intervenção, a filosofia mais proclamada desde a publicação, em 1992, dos resultados do *Multimodal Treatment of ADHD Study (MTA)* desenvolvido National Institute of Mental Health (NIMH), é a de que se deve combinar os três tipos de tratamento explicados no capítulo II (i.e., farmacológico, comportamental e cognitivo-comportamental) sob a designação corrente de Tratamento Multimodal. Uma breve incursão na literatura elucida-nos acerca das vantagens deste tipo de abordagem (Molina et al., 2009; Swanson et al., 2008; Van der Oord, Prins, Oosterlaan, & Emmelkamp, 2008). Além disso, existem outros mecanismos previstos legalmente e que podem ser desencadeados na escola para ajudar os alunos com PHDA. Pouco se sabe acerca dos estudantes com PHDA que estão ao abrigo da EE, em particular no que se refere ao tipo de serviços e programas que lhes são dirigidos e às diferenças existentes em relação a outros alunos com alguma problemática, mas que não têm PHDA. Os resultados de um estudo internacional muito representativo neste domínio, o *Special Education Elementary Longitudinal Study (SEELS)*, mostram que os alunos com PHDA constituem a maioria dos estudantes a receber Educação Especial (i.e., ao nível das adequações curriculares e serviços) nas categorias de perturbações emocionais ou outros problemas de saúde (Schnoes, Reid, Wagner, & Marder, 2006). Em Portugal a literatura nesta matéria é manifestamente escassa.

No nosso questionário (QACP), encetámos a exploração da questão referente à aplicação de medidas educativas em contexto escolar para as crianças com PHDA. O elenco das práticas educativas para as quais os professores foram chamados a atribuir o grau de adequação na intervenção a esses alunos encontra-se na tabela 16. Como por aí se pode observar, o conjunto de 25 itens está agrupado por categorias (tendo por base o quadro teórico adotado no capítulo II), nomeadamente: estratégias académicas, itens 1-7; estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais, itens 8-14; medidas de apoio educativo e/ou educação especial, 15-23; tratamento farmacológico, 24-25. Tal escolha serviu para facilitar a análise e compreensão dos dados, ainda que os itens estejam aleatoriamente distribuídos na versão original desta pergunta. Um primeiro ponto que interessa destacar, refere-se à ênfase colocada numa perspetiva multidimensional, na qual se conjugam diferentes métodos e procedimentos, aliás, conceção dominante na literatura, como anteriormente frisado. Em segundo lugar constata-se que não existe uma clara preferência por um determinado tipo de intervenção, embora haja certas práticas que reúnem maior aprovação e, por isso, merecem uma análise mais cuidada.

Tabela 16: Frequência das afirmações das práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA^a

Itens	TA ^b		A ^c		TI ^d		I ^e	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Deixar a criança desenvolver autonomamente as tarefas escolares	31	7.4	199	47.5	40	9.5	149	35.6
2) Variar os materiais e formatos de apresentação das tarefas (Ex: ilustrações, cartazes e esquemas)	184	43.9	195	46.5	9	2.1	31	7.4
3) Definir um ambiente de sala de aula estruturado, proporcionando aos alunos uma programação diária	237	56.6	168	40.1	3	.7	11	2.6
4) Ensino ativo de regras em sala de aula (devidamente identificadas e fixadas em local visível)	249	59.4	146	34.8	3	.7	21	5
5) A responsabilidade de um programa de intervenção com alunos com PHDA deve envolver, para além do professor, outros mediadores (Ex: os próprios alunos com PHDA; os colegas e o uso de computadores)	142	33.9	235	56.1	6	1.4	36	8.6
6) Organização do ambiente físico da sala de aula (Ex: sentar o aluno perto do professor e junto de um colega que o possa ajudar)	202	48.2	191	45.6	4	1.0	22	5.3
7) Envolver o aluno na tomada de decisões quanto ao tipo de tarefas escolares a realizar	178	42.5	208	49.6	9	2.1	24	5.7
8) Punir todos os comportamentos indesejados (Ex: reprimendas verbais; responsabiliza-lo diante da turma pelo seu comportamento)	13	3.1	60	14.3	191	45.6	155	37
9) Empregar reforço positivo frequente e descritivo	301	71.8	109	26	3	.7	6	1.4
10) Preparar um espaço isolado na sala, ou fora dela, onde a criança possa estar sozinha	21	5	82	19.6	205	48.9	111	26.5
11) Ignorar comportamentos desajustados pouco graves (Ex: tiques, sons desadequados; roer a caneta; remexer-se)	55	13.1	179	42.7	80	19.1	105	25.1
12) Desenvolver técnicas de automonitorização dos comportamentos (Ex: registar num papel fixado na sua mesa cada vez que estão a prestar atenção ao professor)	87	20.8	233	55.6	19	4.5	80	19.1
13) Anotar o mau comportamento do aluno e considera-lo para a sua avaliação global	20	4.8	78	18.6	146	34.8	175	41.8
14) Atribuição de recompensas tangíveis (Ex: pontos, fichas, rebuçados) por comportamento adequado	57	13.6	200	47.7	48	11.5	114	27.2
15) Apoio pedagógico individualizado com a participação de um professor da educação especial	220	52.5	173	41.3	4	1	22	5.3
16) Privilegiar a avaliação oral à escrita	65	15.5	256	61.1	13	3.1	85	20.3
17) Integrar a criança num grupo de alunos com as mesmas dificuldades, separado da restante classe e com apoio especializado	8	1.9	45	10.7	254	60.6	112	26.7
18) Modelo de consulta colaborativa entre o psicólogo escolar, o técnico de educação especial e o professor na definição de todo o plano de intervenção pedagógica	301	71.8	109	26	4	1	5	1.2
19) Modificar as atribuições das tarefas (Ex: organizar tarefas curtas, bem definidas e sequencializadas)	264	63	137	32.7	4	1	14	3.3
20) Obter o apoio dos pais para um trabalho complementar em casa, através de um programa de colaboração escola-casa.	319	76.1	93	22.2	2	.5	5	1.2
21) Estes alunos não têm défices cognitivos, pelo que não necessitam de adaptações curriculares	33	7.9	110	26.3	122	29.1	154	36.8
22) Permitir mais tempo para realização dos testes e outros trabalhos escolares	200	47.7	191	45.6	5	1.2	23	5.5
23) Sinalizar o aluno para o ensino especial ao abrigo de um Programa Educativo Individual	138	32.9	174	41.5	21	5	86	20.5
24) A medicação à base de psicoestimulantes e não estimulantes pode ser, para muitas das crianças com este diagnóstico, parte integrante e essencial do tratamento/intervenção	101	24.1	247	58.9	6	1.4	65	15.5
25) As crianças medicadas para a PHDA não necessitam de outro tipo de intervenção	7	1.7	22	5.3	288	68.7	102	24.3

^aN = 419; ^bTA = Totalmente adequado; ^cA = Adequado na maioria das vezes; ^dTI = Totalmente inadequado; ^eI = Inadequado na maioria das situações.

Não obstante o grau de subjetividade inerente a alguns itens, que exigem por conseguinte ponderação na sua interpretação, há ilações que se podem retirar dos dados acima descritos. Em algumas das reflexões (que estão devidamente sinalizadas) os resultados são analisados conjuntamente em relação ao **nível de concordância** (i.e., os valores das opções TA e A) e **discordância** (i.e., os valores das opções TI e I) das práticas educativas em estudo.

Numa leitura mais pormenorizada pode concluir-se que há uma evidente aceitação em relação à operacionalização de estratégias académicas, com particular destaque para a identificação e fixação de regras em sala de aula (59.4%). Mesmo que notória a consistência nos resultados no que respeita à aceitabilidade, total ou parcial, das práticas inerentes a esta dimensão, há um que requer minúcia na apreciação, referimo-nos ao facto de o *nível de concordância* no item “Deixar a criança desenvolver autonomamente as tarefas escolares” ser apenas de 54.9% (a soma dos dois valores mais baixa). As crianças e adolescentes com PHDA têm problemas com o envolvimento, planificação, organização e conclusão das tarefas (Abikoff, 2013; Junod, DuPaul, Jitendra, Volpe, & Cleary, 2006; Langberg et al., 2011) e, por isso, necessitam de um acompanhamento mais próximo do professor, pelo menos no início da realização das mesmas, algo que deve ser revisto pela classe docente.

No que diz respeito a estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais salienta-se a convergência da opinião *desfavorável* dos docentes relativamente ao uso da punição como forma de gerir os problemas comportamentais da criança (82.6%), de resto, uma evidência já anteriormente averiguada na análise aos resultados da informação geral. Certamente um indicador estimável, uma vez que a literatura da especialidade revela que a PHDA está associada a alterações na sensibilidade à punição, à recompensa e ao reforço (Humphreys & Lee, 2011; Luman, Tripp, & Scheres, 2010; Luman, van Meel, Oosterlaan, & Geurts, 2012), concretamente uma baixa sensibilidade à punição e hipersensibilidade à recompensa e ao reforço (positivo). Interessante será relacionar este último aspeto com o item que reuniu maior consenso entre as estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais totalmente adequadas preconizadas pelos professores “empregar reforço positivo frequente e descritivo” (71.8%), uma medida cuja eficácia se encontra baseada em evidências a diferentes níveis (e.g., na inibição da resposta, vigilância) com repercursões positivas no plano comportamental, na realização e motivação para as tarefas e na atenção sustentada (Bubnik, Hawk Jr, Pelham Jr, Waxmonsky, & Rosch, 2015; Fosco, Hawk, Rosch, & Bubnik, 2015; Luman, Oosterlaan, & Sergeant, 2005).

Quando se trata de medidas de apoio educativo e/ou educação especial há que avaliar um conjunto rigoroso de circunstâncias (e.g., a natureza do problema e o impacto em contexto

escolar). Como facilmente se depreende pelos resultados obtidos neste campo há um predomínio bastante favorável à implementação deste tipo de medidas nos alunos com PHDA. Não obstante, os professores são da opinião que este processo deve envolver outros agentes educativos (e.g. psicólogo e professor do ensino especial) (71.8%) e os próprios pais destas crianças (76.1%). De facto, outros estudos realizados em Portugal enfatizam duas opções - “encaminhamento do aluno para um profissional especializado” e “encaminhamento para apoio educativo/educação especial” (e.g., Couto, 2012; Filipe, 2011; Matos, 2013; Simão, 2013). Parece também inequívoca a *discordância* dos docentes relativa a práticas de segregação destes alunos, pois um total de 87.3% dos docentes se manifestou contra, interpretação que será apoiada em análises posteriores.

Por fim analisamos a opinião dos professores relativamente à implementação da terapêutica farmacológica. A análise desta questão é particularmente interessante numa época em que se observa um crescente interesse por este tipo de intervenção em diversos países fora dos EUA (preconizadores desta medida), designadamente na Europa Ocidental. Porém, este avanço científico nem sempre é bem visto pela comunidade em geral, e os professores em particular. Os resultados apontados por Fonseca et al. (1998a), corroboram esta visão, pois apenas 11.5% dos inquiridos se mostrou a favor deste tipo de tratamento.

Num período mais recente Sciutto (2013) concluiu que a aceitação da administração de estimulantes para os sujeitos com PHDA está associada a níveis mais elevados do conhecimento dos participantes relativamente a esta prática terapêutica. Pegando nesta evidência, é por certo desejável que os professores compreendam as potencialidades deste tipo de intervenção, e não se guiem por ideias formuladas com base em palpites e conceitos erróneos, que muitas vezes consomem na *internet* ou na própria comunicação social, cujo papel é informar mas nem sempre o faz corretamente. De facto, há suficientes provas que aconselham algum tipo de providência, muitos professores desconhecem como e porque o tratamento farmacológico resulta, mostram relutância em aconselhar e expressam atitudes negativas acerca do seu uso (Akram, Thomson, Boyter, & McLarty, 2009; Lien, Carlson, Hunter-Oehmke, & Knapp, 2007; Lourenço, 2009; Moldavsky, Pass, & Sayal, 2014; Nur & Kavakc, 2010). No estudo de Moldavsky et al. (2013), de 496 professores apenas 13% admitiram que a medicação poderia ser uma estratégia útil.

Avaliamos o padrão de respostas dos professores que participaram neste estudo e percebemos que há uma clara divergência. Pelo que se pode verificar acima na tabela 16, a grande maioria dos inquiridos mostra *concordância* com a utilização deste método no tratamento da PHDA (83%), isto mesmo sem desconsiderar outras formas de tratamento (93%). Esta tendência já

havia sido notada na informação geral, pois 74% dos professores aceitam que a combinação de formação para pais e professores com o tratamento farmacológico seria uma estratégia eficaz.

Esta linha de respostas ao tratamento farmacológico pode no entanto ter várias leituras, seguramente com implicações diversas. Olharemos atentamente os resultados do estudo 2 neste âmbito, para podermos ficar uma opinião mais fidedigna em relação a este assunto.

Em síntese, numa análise global dos resultados, e no que se refere ao tipo de intervenção que os professores consideram mais adequada para os alunos com PHDA, sobressaem as estratégias assentes em estratégias académicas e em medidas de apoio educativo e/ou educação especial (cf. tabela 17).

Tabela 17: Valores médios das quatro dimensões consideradas nas práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA^a

Dimensões/Fatores	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Estratégias académicas	419	1.3	4.0	3.26	.38
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais	419	1.3	3.6	2.46	.38
Medidas de apoio educativo e/ou educação especial	419	1.4	3.8	3.04	.3
Tratamento farmacológico	419	1.0	4.0	2.22	.48

^aN = 419.

Analisando agora os resultados em função das variáveis independentes que temos vindo a analisar, podemos observar que a formação específica em PHDA (cf. anexo IV₃₆) e a experiência de ensino a alunos com PHDA (cf. anexo IV₃₇) não condicionaram o conhecimento dos professores em relação ao tipo de práticas educativas que consideram mais adequadas para os alunos com PHDA. Na realidade, as únicas diferenças com significado estatístico ocorreram na dimensão “estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais”, que sofrem variações em função do tipo de escola onde os professores lecionam (cf. tabela 18).

Tabela 18: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação às práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA^a

Itens	N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Privado	302			
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais				
Público	117			
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais		4247.5	4775.5	.00
Total	419			

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Os resultados descritos na tabela 18 mostram que existem diferenças entre os docentes do ensino público e privado em relação às práticas educativas adotadas na intervenção com alunos com PHDA, especificamente as que dizem respeito a estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais ($U = 4247.5$; $W = 4775.5$; $p = .00$).

Através da aplicação do teste Mann-Whitney, foi possível verificar que o *nível de concordância* nos itens que compõem esta dimensão foi superior nos professores a lecionar no ensino público ($M = 2.48$; $DP = 0.37$ vs. $M = 2.27$; $DP = 0.44$). A análise diferenciada a cada um dos itens que compõem esta dimensão aponta diferenças em apenas duas situações; relativamente à estratégia comportamental (conhecida como *time-out*) “Preparar um espaço isolado na sala, ou fora dela, onde a criança possa estar sozinha” ($M = 1.85$; $DP = 0.93$ vs. $M = 1.28$; $DP = 0.52$) e em relação à técnica cognitivo-comportamental “Desenvolver técnicas de automonitorização dos comportamentos (Ex: registrar num papel fixado na sua mesa cada vez que estão a prestar atenção ao professor)” ($M = 2.96$; $DP = 0.73$ vs. $M = 2.50$; $DP = 0.88$), sendo que assim podemos considerar que os docentes do ensino público valorizam mais estas práticas.

17.7 Inclusão

Os professores são vistos como elementos chave na implementação de uma educação inclusiva. As atitudes proinclusão dos professores deverão ser consideradas um elemento decisivo para o sucesso deste paradigma educacional ainda em desenvolvimento. Não obstante, num estudo de revisão sistemática, que integrou 26 investigações, levado a cabo por De Boer, Pijl e Minnaert (2011), constatou-se que a maioria dos professores manifesta atitudes neutras ou negativas em relação à inclusão de alunos com necessidades educativas especiais no 1º ciclo.

Estudos realizados sobre o conhecimento dos professores acerca da PHDA permitiram compreender que muitas das suas atitudes não inclusivas se organizam a partir de ideias pré-concebidas ou na completa insciência da natureza desta problemática (e.g., Al-Omari et al., 2015; Lourenço, 2009). Ao invés, o conhecimento mais apurado dos professores acerca da PHDA resultou em atitudes mais tolerantes para com estes alunos (Ghanizadeh et al., 2006; Nur & Kavakc, 2010; Ohan et al., 2008).

Os resultados apresentados no quadro 2 permitem-nos concluir que os professores da nossa amostra revelam, quase por unanimidade, uma opinião favorável à inclusão dos alunos com PHDA (99.05%).

Quadro 2: Opinião dos professores em relação à inclusão dos alunos com PHDA numa turma do ensino regular^a

Variável		N	%
Inclusão na turma regular	Sim	415	99.05
	Não	4	.95

^aN = 419.

No tratamento à componente aberta desta questão, em que se solicitava uma explicação sucinta à opção considerada, foi igualmente realizada uma análise de conteúdo. Depois de uma análise cuidada ao conjunto de respostas obtidas, estabeleceram-se as categorias, subcategorias e unidades de registo. Para melhor compreensão e sistematização dos resultados alcançados, apresentar-se-á um quadro para cada categoria.

Quadro 2.1: Opinião dos professores relativamente às vantagens da inclusão^a

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	N
Motivos para a inclusão		Transcrições	
	Modelagem/pares	<p>“A sua integração numa turma do regular permite-lhe observar/avaliar certos comportamentos e rotinas dos outros, e ele mesmo seguiu-os-á, como forma de se contextualizar no grupo.”</p> <p>“Estes alunos ao integrarem uma turma do regular interagem com os seus pares e têm a oportunidade de adotar comportamentos semelhantes. Também se pode recorrer a tutorias.”</p>	64

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro	N
Motivos para a inclusão	Socialização	<p>“Na minha opinião, os referidos alunos devem estar incluídos numa turma do ensino regular para que, aos mesmos, sejam proporcionadas referências significativas de aprendizagem.”</p> <p>“Ao incluir alunos com esta perturbação numa turma de ensino regular, é-lhe dada a oportunidade de acompanhar outros modelos de comportamento/attitudes, tendo outras referências e parceria com os pares.”</p>	69
		<p>“Sim, porque é fundamental para estes alunos socializarem com os seus pares e partilharem os mesmos problemas, desafios, sucessos e insucessos.”</p> <p>“Este tipo de alunos geralmente tem grande dificuldade nas competências sociais e interação com os outros. Incluir os mesmos numa turma de ensino regular permite-lhes, ao seu ritmo, melhorar essas competências.”</p> <p>“Porque só na turma haverá maior partilha de conhecimento relativamente às partes afetiva, cognitiva e psicomotora. Há maior interação e socialização.”</p> <p>“Devem ser incluídos para saber como viver em sociedade. Estimula capacidades de relacionamento interpessoal”.</p>	
Ambiente motivador	estimulante e	<p>“A experiência diz-me que é no meio da diferença e no respeito mútuo que as crianças superam os seus medos, as suas dificuldades e obtêm melhores resultados académicos.”</p> <p>“Desta forma estar-se-á a promover a autoestima da criança, a motivação para a aprendizagem e a cooperação entre os colegas.”</p> <p>“O ensino regular é o espaço ideal para o desenvolvimento pleno das capacidades cognitivas e sociais.”</p> <p>“Considero que os alunos com PHDA devem, assim como todos os alunos com NEE, estar integrados em turmas do ensino regular, porque assim irão desenvolver-se mais em todas as áreas.”</p>	42
		<p>de Estes alunos, apesar da sua falta de atenção, têm muitas capacidades e são capazes de acompanhar o ensino regular.”</p> <p>“A natureza da sua problemática, não estando diretamente relacionada com défice cognitivo, permite que sejam integrados em turmas do ensino regular”.</p> <p>Estes alunos aprendem como os outros, apenas necessitam de um ambiente favorável e adequado às suas características específicas e a exclusão não é, certamente, a melhor opção para o conseguir”.</p> <p>“Os alunos com PHDA com que tenho trabalhado não têm dificuldades de aprendizagem, pelo que integram-se bem nas atividades que no geral a turma realiza.</p>	
Capacidade de aprendizagem			38

Quadro 2.1: Opinião dos professores relativamente às vantagens da inclusão^a

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	N
Motivos para a inclusão	Equidade social	<p>“Não devem ser excluídos, marginalizados ou discriminados”.</p> <p>“Hoje preconiza-se uma escola inclusiva”.</p> <p>“Têm o mesmo direito”. A integração na sociedade deve começar na escola”.</p> <p>“Devem ser ensinados num ambiente o menos restritivo possível”.</p>	61

^aN = 274.

Como podemos constatar no quadro 2.1 a análise da categoria “motivos para a inclusão” permitiu a elaboração de cinco subcategorias e a obtenção de 274 unidades de registo. Para cada uma das subcategorias fizemos um recorte de alguns dos testemunhos mais elucidativos, que representam as unidades de registo. Podemos concluir que a maioria dos respondentes acredita que as experiências de socialização mais alargada que a escola inclusiva proporciona é fundamental para os alunos com PHDA (25.2%). Paralelamente, e devido aos problemas comportamentais que estas crianças evidenciam, 23.3% dos professores consideram que o grupo de pares pode desempenhar um papel importante na modelação de comportamentos mais ajustados. Por sua vez, 15.3% indicaram que a turma do ensino regular é, na sua essência, o local mais indicado para todos os alunos se desenvolverem de forma holística, sendo que 13.9% afirmou que os alunos com PHDA, apesar das suas características, não têm dificuldades de aprendizagem que os obriguem a estar fora da sala de aula regular de forma permanente. Por último, 22.3% dos professores apontam um conjunto de opiniões mais genéricas, que se enquadram nos pressupostos da inclusão e nos direitos das crianças.

Todavia, nas respostas dos inquiridos sobressai um conjunto de condições para a efetivação da inclusão destes alunos (cf. quadro 2.2).

Quadro 2.2. Opinião dos professores no que respeita às condições necessárias à implementação de um modelo de inclusão bem sucedido^a

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	N	
Condições para a inclusão	Equipa multidisciplinar (i.e., professor do ensino especial e outros técnicos especializados).	<p>Transcrições</p> <p>“São crianças com competências cognitivas “normais”, capazes de alcançar a maioria das metas curriculares, se forem acompanhadas por uma equipa multidisciplinar, de modo a atenuar os fatores que estão na base das suas dificuldades (défice de atenção/concentração; problemas emocionais, relacionais, entre outros).”</p> <p>“Alunos com PHDA aprendem e adquirem os conteúdos como uma criança do ensino regular, só necessita de acompanhamento dos profissionais de saúde e educação e de uma intervenção adequada.”</p> <p>“No entanto, é importante salvaguardar que a escola tem que fornecer todo o acompanhamento ao aluno, devendo existir uma equipa multidisciplinar neste acompanhamento.”</p> <p>“Todos os alunos devem estar incluídos numa turma do ensino regular.... Os professores e outros técnicos especializados devem ser responsáveis por organizar estratégias/plano de intervenção adequados à problemática que o aluno apresenta.”</p>	39	
	Mediadas de Educação Especial (e.g., apoio pedagógico personalizado, turmas reduzidas, adaptações curriculares.	<p>“Apoio permanente da EE e com adaptações curriculares.”</p> <p>“Sim, mas em turmas pequenas, pois são alunos muito cansativos e exigem constantemente a atenção do professor.”</p> <p>“100% de acordo. Estas crianças, devidamente medicadas e com, se for o caso, adequações curriculares e com adequações no processo de avaliação (mais tempo para fazer a prova, com perguntas objetivas, respostas de escolha múltipla, etc.) não têm qualquer défice que os impossibilite de conviver com crianças “ditas normais”. Estas crianças têm uma perturbação de atenção, nada mais.”</p> <p>“Sim, mas numa turma reduzida... apoio individualizado e orientação para a resolução das tarefas.”</p>		31
	Estratégias pedagógicas diferenciadas	<p>“O aluno deve ser tecnicamente bem acompanhado, com estratégias e recursos adequados, mas sempre integrado na sua turma.”</p> <p>“Com um ambiente de sala de aula estruturado, definição de estratégias específicas e com acompanhamento de uma equipa multidisciplinar, a criança pode e deve acompanhar as restantes crianças sem este diagnóstico, de modo a sentirem-se integradas e verificar um comportamento padrão “adequado”.</p> <p>“Não têm uma deficiência. É preciso criar estratégias para os manter calmos, música na sala de aula, por exemplo.”</p> <p>“Respostas educativas adequadas, por exemplo tarefas curtas”.</p>		29

Quadro 2.2. Opinião dos professores no que respeita às condições necessárias à implementação de um modelo de inclusão bem sucedido^a (Cont.)

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	N
Condições para a inclusão	Medicação	Não é fácil a inclusão, apesar da legislação. Devem estar devidamente acompanhados por uma equipa multidisciplinar com medicação apropriada.”	6
		“Sim, desde que com apoio, medicação (devidamente sinalizados).”	
		“Sim, porque pela minha experiência com o devido acompanhamento e medicação conseguem integrar-se numa turma do ensino regular.”	
		“Apenas com medicação para melhorar o seu comportamento.”	

^aN = 105

Na análise da categoria “condições para a inclusão” foi possível apurar quatro subcategorias e um total de 105 unidades de registo. Sendo assim, 37.2% dos professores que responderam a esta questão focaram a assunção de uma equipa multidisciplinar no acompanhamento aos alunos com PHDA um critério essencial para a promoção da inclusão destas crianças numa turma do ensino regular. Por sua vez, 29.5% acredita que tal só é possível com a aplicação de medidas concretas do regime de Educação Especial e 27.6% menciona uma pedagogia diferenciada em sala de aula. Por último, um número substancialmente inferior de professores afirma que a medicação é uma condição a respeitar (5.7%).

Finalmente, o discurso dos professores desfavoráveis à inclusão está representado no quadro 2.3.

Quadro 2.3: Opinião desfavorável dos professores em relação à inclusão de alunos com PHDA no ensino regular^a

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	N
Opositores da inclusão	Segregação	“Não. Julgo que seria uma mais valia para todos integrar um grupo de alunos com dificuldades semelhantes com estratégias e profissionais especializados de forma a proporcionar a todos um ambiente real de aprendizagem, promovendo o verdadeiro sucesso pessoal e académico.”	4

Quadro 2.3: Opinião desfavorável dos professores em relação à inclusão de alunos com PHDA no ensino regular^a (Cont.)

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	N
Opositores da inclusão	Segregação	<p>“Não. Alguns alunos com PHDA que têm outros défices associados têm mais dificuldade em estar no espaço da sala de aula, uma vez que estão em grande grupo e não se concentram e exteriorizam a sua revolta por não obterem a atenção que querem.”</p> <p>“Não. Porque o trabalho é todo canalizado em função dos alunos e das suas dificuldades.”</p>	

^aN = 4.

A última categoria mostra que apenas quatro professores (n = 4) discorda com a plena inclusão dos alunos com PHDA numa sala regular.

Em suma, do que foi possível apurar, a esmagadora maioria dos respondentes é favorável à inclusão de um aluno com PHDA na classe regular, desde que reunidas algumas condições. Com efeito, muitos professores destacaram os aspetos positivos desta medida, mas acoplados a um conjunto de requisitos que, a não serem cumpridos, poderão inviabilizar este processo.

18 Estudo 2 – abordagem qualitativa

18.1 Objetivos

Definimos como objetivos gerais:

- (i) Descrever o impacto da PHDA em contexto escolar, ao nível das competências académicas, comportamentais e sociais dos alunos com este diagnóstico;
- (ii) Analisar as práticas educativas implementadas em contexto escolar com os alunos com PHDA.

Dos objetivos gerais citados resultam os seguintes objetivos específicos:

- (i) Caracterizar o comportamento dos alunos com PHDA em contexto escolar;
- (ii) Verificar o seu desempenho académico;
- (iii) Estudar a presença de comorbilidades e problemas associados à PHDA em contexto escolar, em particular o relacionamento com os pares;
- (iv) Conhecer o processo que conduz à sinalização/diagnóstico/intervenção dos alunos com PHDA, principalmente no que se reporta aos agentes/estruturas de apoio nele envolvidos;
- (v) Analisar se os docentes utilizam estratégias de ensino definidas e diferenciadas para estes alunos em contexto de sala de aula;
- (vi) Apurar se existem medidas escolares promotoras do envolvimento dos pais dos alunos com PHDA na escola;
- (vii) Aferir quais as respostas educativas de promoção do sucesso escolar previstas legalmente, implementadas aos alunos com PHDA;
- (viii) Compreender quais os obstáculos e barreiras à implementação de uma filosofia inclusiva para com os alunos com PHDA.

18.2 Participantes

Tratou-se de quatro grupos de participantes selecionados intencionalmente, sendo que os participantes finais derivam de dois grupos de participantes (maiores) considerados numa fase inicial. Em concreto, foram selecionados cinco professores titulares de turma do 1º Ciclo do Ensino Básico, diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem a cinco alunos diagnosticados com PHDA nas escolas públicas e privadas da ilha de São Miguel.

O grupo de cinco professores, o qual designamos por Grupo de Professores em estudo (GPE), foi escolhido intencionalmente de uma amostra de 76 professores que preencheram a Escala Vanderbilt de Diagnóstico de PHDA para Professores (EVDPP).

O grupo dos cinco alunos, que passamos a designar por Grupo de Alunos em estudo (GAE), foi constituído a partir de uma amostra de 105 alunos diagnosticados ou em fase de avaliação para diagnóstico da PHDA.

18.2.1 Critérios de inclusão

O único critério estabelecido para o GPE foi ser docente titular de turma de alunos diagnosticados com PHDA.

Por sua vez, o GAE integrou crianças que cumprissem as seguintes condições: (i) estarem devidamente diagnosticados (i.e., com relatório clínico e/ou psicopedagógico); (ii) idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade; (iii) frequentarem o 1.º ciclo do ensino básico (1.º ao 4.º ano); e (iv) abranger as três apresentações da PHDA: hiperativa/impulsiva, desatenta e combinada, confirmadas através dos relatórios clínico/psicopedagógico e/ou da EVDPP.²³

18.3 Método

A escolha dos métodos de recolha de dados foi pragmaticamente orientada para responder às questões de investigação e abarcou a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, procedimento que é designado na literatura de triangulação de dados (e.g., Greene, Caracelli, & Graham, 1989; Bryman, 2006; Günther, 2006; Coutinho, 2008).

Com efeito, recorreu-se a uma escala de avaliação comportamental, à entrevista semiestruturada e à análise documental. A utilização destes recursos compreendeu três fases distintas e uma ordem específica: (1) aplicação da escala de avaliação comportamental aos professores do 1.º ciclo (docentes de alunos diagnosticados ou em fase de avaliação para diagnóstico da PHDA); (2) condução das entrevistas a uma amostra de cinco professores do 1.º ciclo selecionada intencionalmente; e (3) consulta dos processos individuais de cinco alunos com diagnóstico clínico de PHDA comprovado. A sequência da sua aplicação foi predefinida, iniciou-se com uma pesquisa mais ampla (através da aplicação da referida escala), que entre outros contributos norteou a seleção dos participantes finais desta componente do estudo. Em seguida procedeu-se à compreensão mais detalhada das dimensões em análise (entrevistas e análise documental).

²³ É preciso realçar que em alguns dos casos selecionados o relatório clínico/psicopedagógico não especificava a apresentação da PHDA, pelo que, perante este dado, e nestas situações, considerou-se a descrição que os professores fizeram na EVDPP, ou seja, em função dos critérios de diagnóstico da EVDPP para cada uma das apresentações da PHDA em questão.

19 A escala de avaliação comportamental

Ao longo de décadas de investigação desenvolveram-se novos e interessantes instrumentos de avaliação comportamental da PHDA (inventários e escalas) que fornecem, de forma sistematizada, informação valiosa. Não existe consenso absoluto sobre quais os mais indicados, pois elas diferem quer na amplitude dos comportamentos abordados quer suas características psicométricas.

Entre as mais conhecidas está a Conners (1969), da qual derivam outras versões abreviadas mais recentes e fáceis de aplicar. Uma destas, a versão para professores da Escala de Conners – Versões Revistas: Forma Reduzida - Conners Rating Scale-Revised: Short Form, datadas de 1997, foi aferida para a população portuguesa (Rodrigues, 2007). Apesar da sua ampla utilização, as escalas de *Conners* não se focam nos sintomas específicos enumerados no DSM (i.e., não utilizam, em rigor, os critérios de diagnóstico do DSM, especificamente do DSM-IV), nem incluem, de forma abrangente, a descrição de outros comportamentos/problemas geralmente associados à PHDA (e.g., ansiedade, depressão, desempenho académico, entre outros).

Neste contexto, foram concertados esforços no sentido de se obter um instrumento robusto (validado empiricamente) e que correspondesse de forma alargada aos objetivos deste estudo. De entre as diferentes escalas discutidas, a que reuniu maior consenso foi desenvolvida por Wolraich, Feurer, Hannah, Baumgaertel e Pinnock (1998), Escala Vanderbilt de Diagnóstico de PHDA para Professores (*Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale - VADTRS*), adiante designada EVDPP.

Esta escala contém a informação necessária para um diagnóstico da PHDA baseado nos critérios do DSM-IV e para a discriminação de comorbilidades que lhe estão frequentemente associadas (Wolraich et al., 1998). Mesmo não estando aferida para a população portuguesa, a escolha deste instrumento sustenta-se a partir de uma base científica sólida, uma vez que a escala foi testada noutras populações (e.g., Wolraich et al., 2003a).

19.1 Participantes

Os participantes são 105 alunos ($n = 105$) do 1.º ciclo do ensino básico, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos ($M = 8.59$; $DP = 1.30$; $n_{6a} = 4$; $n_{7a} = 21$; $n_{8a} = 24$; $n_{9a} = 29$; $n_{10a} = 19$; $n_{11a} = 8$), dos quais 15 (14.3%) são do sexo feminino e 90 (85.7%) do sexo

masculino, o que está de acordo com a literatura que destaca que a PHDA é mais frequente nos meninos do que nas meninas, tal como explicado anteriormente (Erskine et al., 2013; Willcutt, 2012). A distribuição da frequência escolar mostra que a maior parte dos participantes (36.2%) se encontrava no 2.º ano ($n_{1.º} = 24$; $n_{2.º} = 38$; $n_{3.º} = 21$; $n_{4.º} = 22$). Segundo a indicação dos professores, 60% do total de participantes estava a receber tratamento psicofarmacológico (cf., anexo IV₃₈).

Os referidos alunos estavam distribuídos por 42 escolas públicas/privadas da ilha de São Miguel e foram avaliados através da EVDPP por 76 professores, titulares de turma dos alunos visados²⁴.

19.1.1 Critérios de inclusão

Apenas participaram alunos sinalizados pelos professores como estando diagnosticados ou em fase de avaliação para diagnóstico da PHDA, embora nesta fase não tivesse havido confirmação desta situação ou qualquer pretensão em fazê-lo.

Além disso, para a concretização dos objetivos planeados foram estabelecidos outros critérios estatísticos, tendo por base as normas de diagnóstico do DSM-5. Como instrumento de diagnóstico a EVDPP destina-se a crianças dos seis aos 12 anos, e tem como referência o DSM nos indicadores de avaliação e cotação dos sintomas da PHDA e das comorbilidades (PDO/PC e PA/PD).

Sendo assim, foram incluídas as crianças que atenderam aos seguintes critérios: 1) o grupo PHDA-D integraria todas as crianças, entre os 6 e os 12 anos, que pontuassem acima do valor 12 na subescala de desatenção e apresentassem um valor inferior a este na subescala de hiperatividade/impulsividade; 2) o grupo PHDA-H/I as crianças que pontuassem acima do valor 12 na subescala de hiperatividade/impulsividade e apresentassem um valor inferior a este na subescala de desatenção; 3) o grupo PHDA-C, as crianças que pontuassem um mínimo de 12 em ambas as subescalas de desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Impôs-se ainda a obrigatoriedade pontuar o valor mínimo de 1 em qualquer dos oito itens das duas subescalas que compunham a secção do Desempenho, indo ao encontro do pré-requisito instituído no DSM-5 de que os sintomas devem causar algum problema funcional.

Por sua vez, no que respeita às comorbilidades estabeleceu-se as seguintes condições: (i) as crianças teriam PDO/PC se pontuassem acima do valor 6 na subescala concernente aos

²⁴ Refira-se que a contagem dos professores que preencheram a EVDPP, assim como as escolas a que pertenciam foi registada manualmente, numa grelha construída para o efeito.

sintomas de PDO/PC e simultaneamente o valor mínimo de 1 em qualquer dos oito itens do Desempenho; e (ii) as crianças foram classificadas como tendo PA/PD, caso pontuassem acima do valor 6 na subescala de sintomas de PA/PD e o valor mínimo de 1 em qualquer dos oito itens do Desempenho.

Em relação ao Desempenho, que avalia problemas na aprendizagem (PA) e problemas comportamentais (PC) determinou-se um único critério pontuar acima do valor 1 em cada uma das subescalas consideradas isoladamente.

No que respeita aos resultados obtidos, verificamos que 38.1% (n = 40) da amostra reuniu os critérios de diagnóstico para a apresentação desatenta (PHDA-D), 9.5% (n = 10) para a apresentação hiperativa e impulsiva e 43.8% (n = 46) para a apresentação combinada (PHDA-C). Estes dados estão alinhados com os de outras investigações, entre as quais estudos que se integram aqueles que utilizaram a EVDPP, revelando uma maior prevalência da apresentação desatenta em relação à hiperativa/impulsiva. Uma revisão de 19 estudos que recorreram a amostras na comunidade, mostrou uma prevalência de 3.6% para a PHDA-D e de 1.3% para a PHDA-H/I (Willcutt, 2012).

Em suma, podemos concluir que 96 crianças reuniram os critérios de inclusão estabelecidos, representando 91.4% do total de participantes.

Em relação às comorbilidades, 41.9% (n = 44) do total de participantes apresentou sintomas de PDO/PC e 32.4% (n = 34) de PA/PD.

Por fim, 81.9% (n = 86) das crianças manifestaram PA e 98.1% (n = 103) PC.

19.2 Medidas e procedimentos

19.2.1 Instrumento

À semelhança das escalas de Conners, existem duas versões das escalas Vanderbilt, para pais (Wolraich et al., 2003b) e para professores (Wolraich et al., 1998).

A EVDPP inclui os 18 sintomas da PHDA descritos no DSM-IV²⁵, um conjunto de dez itens relacionados com PDO/PC e sete itens de PA/PD, que são classificados numa escala de Lickert graduada de 0 a 3, sendo que o zero indica a ausência absoluta de sintomas e o três refere a sua presença muito frequente. Complementarmente engloba duas subescalas que

²⁵ Apesar dos critérios utilizados serem os contemplados no DSM-IV, certo é que as alterações produzidas no DSM-5 (APA, 2014) não atingem a faixa etária dos 6 aos 12 anos, no que respeita à descrição dos sintomas e ponto de corte, pelo que a EVDPP mantém-se atual e a sua utilidade intacta.

avaliam o desempenho da criança na escola: três itens relacionados com os problemas na aprendizagem (PA) – leitura, matemática e expressão escrita - e cinco itens que avaliam os problemas comportamentais (PC) em sala de aula – competências sociais de relacionamento com os pares, capacidade de organização e conclusão das tarefas, cumprimento de ordens/regras e perturbação das aulas. Os professores classificam estes oito itens numa escala de Lickert de cinco pontos (de 1 a 5), que traduz se o desempenho é problemático (pontuações de 1 e 2), se está na média (pontuações de 3) ou acima da média (pontuações de 4 e 5).

As boas qualidades psicométricas da escala têm sido demonstradas. Os seus autores reportam uma boa consistência interna, com os Alphas de Cronbach a variarem entre .80 e .95 para as diferentes dimensões (Wolraich et al., 1998). Outras investigações apontam coeficientes Alphas de Cronbach que oscilam entre .71 e .96 (Wolraich et al., 2003a; Wolraich, Bard, Neas, Doffing, & Beck, 2013).

Por outro lado, a investigação também aponta para uma boa validade (discriminativa, convergente e preditiva), assim como sensibilidade e especificidade adequadas. Para a validade do construto, um modelo de quatro fatores (i.e., desatenção; hiperatividade/impulsividade; problemas de desafio/oposição; e problemas de ansiedade/depressão) configurou-se ajustado ao instrumento (Wolraich et al., 2013).

Especificamente para os sintomas da PHDA foram testados três modelos diferentes (i.e., *Global ADHD*; *Inattention and “hyperactivity/impulsivity”* e *Inattention, hyperactivity, impulsivity*), sendo que o modelo de dois fatores (i.e., desatenção e hiperatividade/impulsividade) foi o que obteve melhor desempenho, explicando 68 a 77% da variância (Wolraich et al., 2003a).

A validade convergente, tendo como referência o “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) para os quatro fatores, foi elevada ($r > .72$). Em relação à validade preditiva, obteve-se uma sensibilidade de .69 e especificidade de .84, valor preditivo positivo de .32 e valor preditivo negativo de .96, respetivamente, ao antever/excluir casos de PHDA entre crianças cujos pais completaram uma entrevista de diagnóstico estruturada (*Diagnostic Interview Schedule for Children-IV*) (Wolraich et al., 2013).

Por sua vez, os itens de desempenho da leitura e expressão escrita apresentaram-se como excelentes preditores em relação à presença de Perturbações de Aprendizagem Específicas (i.e., na leitura e escrita), quando acompanhados com uma entrevista acerca do desempenho escolar do aluno e uma revisão ao seu histórico escolar (Langberg, Vaughn, Brinkman, Froehlich, & Epstein, 2010). Com efeito, um ponto de corte de 4 para os itens de leitura e

escrita apresentou um ótimo poder preditivo negativo (0.80) no afastamento de uma comorbilidade de PAE da leitura, assim como um excelente poder preditivo negativo (1.00) para uma PAE da escrita (Langberg et al., 2010).

19.2.1.1 Tradução e adaptação

Feita a apresentação do instrumento, procedemos, em seguida, à descrição da sua adaptação de modo a ser usado na nossa investigação. Depois de obtida a autorização ao seu autor para a sua utilização nesta investigação, a EVDPP (cf. Anexo II₂) foi traduzida para português e alvo de ligeiras adaptações. Seguiram-se dois reconhecidos métodos de tradução intercultural de instrumentos, “back-translation” e “decentering”, propostos por Brislin (1970, 1976).

Numa fase inicial o instrumento foi traduzido por um tradutor bilingue acreditado (independente), residente na ilha de São Miguel, e revisto por um tradutor/revisor pertencente à bolsa de tradutores de uma empresa especializada em tradução. O processo de tradução/revisão visou comparar/corrigir eventuais imprecisões. As duas versões foram consideradas equivalentes (i.e., lexical e gramaticalmente) e, portanto, satisfatórias. Não obstante, e tal como nos diz Brislin (1970), a tradução bilingue pode manter muitas das formas gramaticais do documento de origem (facilitando desta forma a tarefa de retrotradução), mas não cumprir, de modo fidedigno, o propósito de questionar os monolinguês da língua alvo (i.e., quando uma língua contém especificidades que não podem ser traduzidas para outro idioma sem alguma modificação). Com efeito, e uma vez que o investigador principal tem um domínio aceitável da língua inglesa, está familiarizado com os termos técnicos e conhece a lista de sintomas do DSM-IV utilizada no instrumento original (versão do DSM-IV existente em português), dispôs-se simultaneamente à tarefa da sua tradução.

Posteriormente, as duas traduções, a do investigador principal e a resultante do processo de tradução/revisão anteriormente descrito, foram analisadas por um especialista do ramo, com larga experiência clínica em Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e conhecedor da terminologia idiomática deste tipo de escalas (em inglês e português), médico pediatra e responsável da unidade de Hiperatividade do Centro de Desenvolvimento da Criança Dr. Luís Borges, do HPC, que se prontificou para a validação/adequação dos itens. Este procedimento foi verdadeiramente importante para perceber quais os termos das duas traduções – quando comparados com o texto original – estavam mais equivalentes entre si, no sentido de terem, efetivamente, o mesmo significado referencial e serem, simultaneamente, culturalmente

relevantes e apropriados. A comparação das duas traduções resultou numa versão de consenso, que se considerou ser a que transparecia de forma mais profícua as intenções de avaliação do documento original. No anexo III₁ é possível verificar o resultado final da tradução efetuada por comparação à original.

No que respeita à adequação dos itens, ligeiras adaptações foram efetuadas, principalmente nos itens com “duplos negativos”, ou seja, para os itens formulados na negativa adotou-se uma sintaxe específica, convertendo-os em afirmações positivas de modo a evitar o potenciar de falsos negativos.

Esta última versão do instrumento, por sua vez, foi alvo de uma retrotradução, efetuada por um tradutor bilingue de língua materna inglesa (americano), qualificado e com vasta experiência em tradução, a residir nos EUA. A análise comparativa das duas versões, que se encontra no anexo III₂, não regista diferenças substanciais entre a versão original e a retrotradução. As pequenas divergências verificadas não colocaram em causa o significado dos itens e derivaram do método de “descentramento”.

O processo culminou com o envio da versão final da tradução (portuguesa), assim como a sua retrotradução (inglês – americano), ao autor da escala, que nos deu feedback positivo.

Ainda antes da aplicação da escala aos professores, efetuaram-se mais algumas adaptações e incluíram-se algumas questões na escala traduzida para português, de cariz específico para a investigação em curso. Por exemplo, uma pergunta de resposta fechada dicotómica (Sim/Não) foi incluída no final da escala, relacionada com a medicação e os seus efeitos na manifestação dos sintomas: “O aluno avaliado está medicado?”, da qual derivaram duas alíneas (i.e., “Quando medicado, o alunos melhora os itens avaliados?” e “Noto quando o aluno não toma medicação?”. Regista-se a importância desta questão, pois, tendo em consideração os objetivos do estudo, entendeu-se que esta seria mais uma oportunidade para perceber a opinião dos professores em relação a este tipo de intervenção.

19.3 Procedimentos

O investigador principal, aquando da aplicação do QACP nas escolas, e aproveitando o facto de este processo ter sido feito de forma presencial, questionou cada um dos professores do 1.º ciclo das escolas públicas e privadas da ilha de São Miguel se tinham alunos diagnosticados ou em fase de avaliação para diagnóstico da PHDA. Todos aqueles que responderam afirmativamente foram convidados a completar a EVDPP.

Explicado o objetivo do seu preenchimento, foram igualmente instruídos para a realização desta tarefa. No final, foi-lhes solicitado o nome e o contato, para a eventualidade do aluno vir a ser selecionado para a amostra final do estudo em análise. De salientar que em relação a este aspeto foi assegurado que, para os casos identificados, seriam posteriormente desencadeados todos os pedidos de autorização necessários (tal como aconteceu e será explicado adiante). Simultaneamente apelou-se que confirmassem na documentação de suporte ao diagnóstico (i.e., relatório médico e/ou psicopedagógico, quando presente) a apresentação específica da PHDA referente ao aluno avaliado.

As escalas foram distribuídas faseadamente, tendo ficado acordado entre o investigador e os professores, que a sua recolha seria feita uma semana após a entrega. O período de recolha da totalidade das escalas situou-se entre janeiro e julho de 2015. Optou-se por iniciar este processo no segundo semestre do ano escolar, período em que os professores já detinham informação relevante quanto ao comportamento/desempenho dos seus alunos.

19.4 Análises estatísticas

À semelhança dos procedimentos adotados para a análise do QACP, também aqui recorreremos ao IBM – Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – Versão 21. O método estatístico utilizado para avaliar a consistência interna da EVDPP foi também o alfa de Cronbach (cf. tabela 19).

Na verificação dos pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos, a distribuição dos resultados não atendeu ao princípio da normalidade, depois de aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov, pelo que foram utilizadas medidas não paramétricas. Sendo assim, para explorar as diferenças entre os grupos nas dimensões comportamentais foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* (cf. tabela 20). Este teste pode ser utilizado como alternativa não paramétrica à ANOVA *one-way* (Kruskal & Wallis, 1952). No que concerne às correlações entre os grupos e as variáveis foi aplicado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, alternativa não paramétrica ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* (cf. tabelas 21, 22 e 23).

Para a interpretação dos coeficientes, assumimos a definição de Marôco (2014, p.23, 24) que nos diz que “De uma forma geral nas ciências sociais e humanas, mas sem definições precisas, consideramos que as correlações são: (i) fracas quando o valor absoluto de r ($|r|$) é inferior a 0.25; (ii) são moderadas para $0.25 \leq |r| \leq 0.5$; (iii) são fortes para $0.5 \leq |r| \leq 0.75$ e (iv) são muito fortes se $|r| \geq 0.75$.”

19.5 Apresentação e discussão dos resultados

19.5.1 Consistência interna

Os resultados deste estudo confirmam a boa consistência interna da EVDPP, com alphas de Cronbach a variarem entre .80 e .93 na diferentes dimensões – sintomas de desatenção (.84); sintomas de hiperatividade/impulsividade (.91); sintomas de PDO/PC (.93); sintomas de PA/PD (.87); problemas na aprendizagem - PA (.84) e problemas comportamentais - PC (.80). As principais componentes de análise para a medida da consistência interna (coeficiente alfa) são apresentadas na tabela 19.

Tabela 19: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach para cada dimensão *

Itens	Correlação Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
Dimensão sintomas D (coeficiente alfa global = .84)		
Tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares	.55 ^b	.83 ^c
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades	.63 ^b	.82 ^c
Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente	.46 ^a	.84 ^c
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares (não por que se recuse ou por não compreender)	.62 ^b	.82 ^c
Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades	.61 ^b	.82 ^c
Evita, não gosta ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental sustentado	.51 ^b	.83 ^c
Perde material necessário à realização de tarefas ou atividades (trabalhos da escola, lápis ou livros)	.57 ^b	.83 ^c
Distrai-se facilmente com estímulos externos	.60 ^b	.83 ^c
É esquecido/a nas atividades quotidianas	.59 ^b	.83 ^c
Dimensão sintomas H/I (coeficiente alfa global = .91)		
Mexe constantemente as mãos ou pés ou não para quieto/a na cadeira	.61 ^b	.91 ^d
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que devia permanecer sentado/a	.69 ^b	.91 ^d
Corre ou trepa excessivamente em situações em que devia permanecer sentado/a	.67 ^b	.91 ^d
Tem dificuldade em jogar ou em envolver-se tranquilamente em atividades de lazer	.61 ^b	.91 ^d
Está sempre em movimento ou age frequentemente como se fosse “movido/a por um motor”	.79 ^b	.90 ^d
Fala excessivamente	.68 ^b	.91 ^d
Responde precipitadamente antes de ouvir as questões até ao fim	.66 ^b	.91 ^d
Tem dificuldade em esperar pela sua vez	.82 ^b	.90 ^d
Interrompe os outros ou intromete-se (por exemplo, em conversas ou jogos)	.75 ^b	.90 ^d

Tabela 19: Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach para cada dimensão * (Cont.)

Itens	Correlação Item-Total corrigido	
	Dimensão sintomas PDO/PC (coeficiente alfa global = .93)	
Perde o controlo	.65 ^b	.93 ^e
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos	.78 ^b	.92 ^e
Está zangado/a ou ressentido/a	.73 ^b	.93 ^e
É rancoroso/a e vingativo/a	.81 ^b	.92 ^e
Assusta, ameaça ou intimida os outros	.88 ^b	.92 ^e
Inicia lutas físicas	.81 ^b	.92 ^e
Mente para conseguir bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, engana os outros)	.69 ^b	.93 ^e
É fisicamente cruel para as pessoas	.80 ^b	.92 ^e
Rouba objetos de valor significativo	.60 ^b	.93 ^e
Destrói deliberadamente os bens dos outros	.70 ^b	.93 ^e
	Dimensão sintomas PA/PD (coeficiente alfa global = .87)	
É temeroso/a, ansioso/a ou preocupado/a	.50 ^b	.87 ^f
É tímido/a ou fica envergonhado/a facilmente	.59 ^b	.86 ^f
Tem medo de experimentar coisas novas por receio de cometer erros	.74 ^b	.84 ^f
Sente-se inútil ou inferior	.76 ^b	.84 ^f
Culpabiliza-se pelos problemas, sente-se culpado/a	.58 ^b	.86 ^f
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”	.65 ^b	.85 ^f
Está triste, infeliz ou deprimido/a	.72 ^b	.84 ^f
	Dimensão PA (coeficiente alfa global = .84)	
Leitura	.75 ^b	.73 ^g
Matemática	.61 ^b	.86 ^g
Expressão Escrita	.78 ^b	.72 ^g
	Dimensão PC (coeficiente alfa global = .80)	
Relacionamento com os colegas	.69 ^b	.72 ^h
Cumprimento de ordens/regras	.72 ^b	.71 ^h
Perturbação das aulas	.61 ^b	.75 ^h
Conclusão de tarefas	.42 ^a	.80 ^h
Capacidade de organização	.47 ^a	.79 ^h

*N = 105. D = desatenção; H/I = hiperatividade/impulsividade; PDO/PC = perturbação de oposição/desafio e perturbação comportamental; PA/PD = perturbação de ansiedade e perturbação depressiva; PA = problema na aprendizagem; PC = problemas comportamentais. ^a ≥ .30; ^b ≥ .50; ^c ≤ .84 (coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão D – 9 itens); ^d ≤ .91 (coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão H/I – 9 itens); ^e ≤ .93 (coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão PDO/PC – 10 itens); ^f ≤ .87 (coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão PA/PD – 7 itens); ^g ≤ .84 (coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão DA – 3 itens); ^h ≤ .80 (coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão DA – 5 itens).

Como é possível verificar na tabela 19 apenas três itens apresentam correlações com o total corrigido abaixo de .50, sendo que os restantes correlacionam-se com o total corrigido acima deste valor, pelo que, no presente caso, podemos constatar que a correlações entre os itens das

diferentes dimensões e o total corrigido são elevadas, o que nos permite aferir a validade interna destes mesmos itens. Por sua vez, os coeficientes de Cronbach excluindo cada um dos itens não aumentam, o que evidencia a importância e o seu contributo para a consistência interna da EVDPP. O alfa de Cronbach global mais baixo foi .80, que é considerado muito bom.

19.5.2 Diferenças entre os grupos nas dimensões comportamentais

As principais diferenças entre os grupos nas diferentes dimensões foram analisadas através do teste *post hoc* LSD. Os resultados são reportados na tabela 20.

Tabela 20. Comparação dos grupos relativamente às classificações (disfuncionais) nos itens da EVDPP

Itens	PHDA-D ^a n = 40	PHDA-H/I ^a n = 10	PHDA-C ^a n = 46	P ^b	Diferenças significativas baseadas no teste <i>post hoc</i> LSD (p < .05)
Sintomas de Desatenção (itens 1 a 9)	2.37 (0.38)	1.48 (0.22)	2.43 (0.38)	.00	PHDA-C e PHDA-D > PHDA-H/I PHDA-D > PHDA-HI
Sintomas de Hiperatividade/Impulsividade (itens 10 a 18)	1.06 (0.53)	2.33 (0.37)	2.33 (0.34)	.00	PHDA-C e PHDA-H/I > PHDA-D PHDA-H/I > PHDA-D
Sintomas de PDO/PC (itens 19 a 28)	.63 (0.61)	.90 (0.56)	1.36 (0.76)	.00	PHDA-C > PHDA-D
Sintomas de PA/PD (itens 29 a 35)	1.25 (0.74)	.67 (0.74)	.89 (0.69)	.02	PHDA-D > PHDA-C e PHDA-H/I
PA (itens 1 a 3)	1.85 (0.79)	3.06 (0.58)	1.97 (0.75)	.00	PHDA-D e PHDA-C > PHDA-H/I
PC (itens 1 a 5)	2.31 (0.57)	2.36 (0.49)	1.71 (0.53)	.00	PHDA-C > PHDA-D e PHDA-H/I

^aPHDA = perturbação de hiperatividade/défice de atenção; PHDA-D = apresentação desatenta; PHDA-H/I = apresentação hiperativa/impulsiva; PHDA-C = apresentação combinada. Os resultados são valores médios (desvios padrão entre parêntesis) para os grupos PHDA-D, PHDA-H/I e PHDA-C. ^b< .05.

O número de crianças da amostra com diagnóstico para os grupos PHDA-C, PHDA-D e PHDA-H/I foi de 46 (43.8%), 40 (38.1%) e 10 (9.5%), respetivamente. Analisando os *outputs* das comparações múltiplas é possível concluir que, para $\alpha = .05$, as diferenças entre os grupos

nas diferentes dimensões foram todas estatisticamente significativas, variando entre $p = .00$ e $p = .02$. Recorde-se que nas primeiras quatro dimensões (Desatenção; Hiperatividade/Impulsividade; PDO/PC e PA/PD) valores de 2 e 3 são frequentes ou muito frequentes (o que significa que consubstanciam o diagnóstico), ao passo que nas últimas duas dimensões (PA e PC) valores de 1 e 2 são problemáticos.

Tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-5, dos resultados acima expostos emerge uma leitura simples, nomeadamente no que se refere às diferenças entre os grupos PHDA-D e PHDA-H/I nos problemas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade. Observando os dados da tabela 20, podemos conferir que o grupo de crianças com PHDA-D obteve um valor médio mais elevado nos sintomas de desatenção ($M = 2.37$; $DP = 0.38$), que o grupo PHDA-H/I ($M = 1.48$; $DP = 0.22$), assim como o inverso sucedeu em relação aos sintomas de hiperatividade/impulsividade ($M = 2.33$; $DP = 0.37$) e ($M = 1.06$, $DP = 0.53$), respetivamente. Os sintomas de desatenção são conhecidos como preditores de mau desempenho académico e associam-se com maior frequência a perturbações internalizantes (Costa et al., 2014; Jaekel, Wolke, & Bartmann, 2013; Humphreys et al., 2013; Metcalfe, Harvey, & Laws, 2013), ao passo que os de hiperatividade/impulsividade estão mais associados a problemas de regulação comportamental (e.g., mais comportamentos agressivos e antissociais) e perturbações externalizantes (Becker & Langberg, 2014; Hofvander et al., 2011).

No que respeita aos sintomas de PDO/PC o grupo PHDA-D foi o que teve um valor médio mais baixo ($M = 0.63$; $DP = 0.61$), corroborando outras investigações que associaram de forma mais evidente este tipo de comorbilidades às apresentações C e H/I (Eiraldi, Power, & Nezu, 1997; Faraone, Biederman, Weber, & Russell, 1998; Goodyear & Hynd, 1992; Ushijima, Usami, Saito, Kodaira, & Ikeda, 2012). A única diferença estatisticamente significativa ($p = .00$) foi observada entre o grupo PHDA-D e o PHDA-C, este último foi o que obteve o valor médio mais elevado ($M = 1.36$; $DP = 0.76$). De acordo com Murphy, Barkley e Bush (2002), a presença da impulsividade na apresentação C poderá ser a explicação para uma maior predisposição na manifestação de comportamentos externalizantes. Efetivamente, o estudo de Nigg, Blaskey, Huang e Rappley (2002) mostrou um défice de inibição comportamental na apresentação C, mesmo quando controlados os sintomas comórbidos de PDO/PC, algo que não se verificou na apresentação D, sugerindo que a apresentação C poderá ter problemas de inibição comportamental que não estão presentes na apresentação D. No sentido oposto, e de forma bem saliente, o grupo PHDA-D foi aquele que apresentou mais sintomas de PA/PD ($M = 1.25$; $DP = 0.74$), com uma diferença menor em relação ao grupo PHDA-C ($M = 0.89$; $DP = 0.69$) do que do grupo PHDA-HI ($M = 0.67$; DP

= 0.74), indo ao encontro da literatura que postula existir uma correlação específica entre os sintomas de desatenção e as perturbações internalizantes (Elkins, Carpenter, Pincus, & Comer, 2014; González-Castro, Rodríguez, Cueli, García, & Alvarez-García, 2015), ainda que esta relação não esteja tão bem clarificada como a anterior, especificamente no que concerne às diferenças entre as apresentações D e C, uma vez que é mais ou menos consensual que este tipo de comorbilidades raramente coocorem na apresentação H/I (Di Trani et al., 2014; Faraone et al., 1998; Humphrey et al., 2013). Na realidade, algumas investigações não encontraram diferenças relativamente à presença de ansiedade e depressão nas apresentações D e C (Acosta et al., 2008; Power, Costigan, Eiraldi, & Leff, 2004; Sciberras et al., 2014) e são raros os estudos que demonstram uma supremacia da apresentação D na associação a este tipo de comorbilidades (e.g., Lahey, Schaugency, Hynd, Carlson, & Nieves, 1987), embora desde há muito tempo se especule que um diagnóstico comórbido desta natureza poderá ser mais evidente na apresentação D (Carlson & Mann, 2000; Milich, Balentine, & Lynam, 2001; Riccio, Homack, Jarratt, & Wolfe, 2006).

Em relação ao desempenho académico, o grupo PHDA-H/I foi notoriamente o que teve menos problemas ($M = 3.06$; $DP = 0.58$), realmente, na literatura documenta-se que os sintomas de hiperatividade/impulsividade estão menos associados a problemas na aquisição das aprendizagens escolares que os de desatenção (Rodriguez et al., 2007).

Ao invés, o grupo PHDA-D foi o mais problemático ($M = 1.85$; $DP = 0.79$), embora a diferença para o grupo PHDA-C tenha sido novamente muito ténue ($M = 1.97$; $DP = 0.75$). Não existe unanimidade nas investigações realizadas neste domínio, apesar da maioria dos estudos não apontar diferenças entre estas duas apresentações ao nível do impacto académico, há resultados que indicam o contrário (Carlson & Mann, 2000; Milich et al., 2001; Riccio et al., 2006). Por exemplo, Murphy et al. (2002) recorreram a uma amostra de jovens adultos diagnosticados com as apresentações D e C e não verificaram padrões distintos nos dois grupos ao nível do baixo rendimento académico e, conseqüentemente, da referência para serviços especiais de educação. Por outro lado, há estudos que indicam mais dificuldades escolares e maior prevalência de PAE nas crianças com a apresentação D (e.g., Weiss, Worling, & Wasdell, 2003). Esta é uma das questões mais discutidas na literatura dedicada à análise das apresentações da PHDA, as diferenças entre as apresentações D e C. Embora partilhem o mesmo conjunto de sintomas de desatenção, estes podem ser diferentes em número e gravidade. Além disso sabe-se que a atenção é um construto multidimensional. A título de exemplo, sugere-se que a atenção sustentada e a vigilância estão mais associadas à apresentação desatenta da PHDA, enquanto a atenção executiva à apresentação combinada.

Perante estes dados empíricos gradualmente tem vindo a defender-se que as apresentações da PHDA podem ser melhor explicadas com recurso a modelos conceituais da atenção (Tirapu-Ustarroz, Ruiz-Garcia, Luna-Lario, & Hernaez-Goni, 2015; Wåhlstedt & Bohlin, 2010). É neste enquadramento que tem surgido uma multiplicidade de investigações a estudar a relação entre o Tempo Cognitivo Lento (TCL)²⁶ e a dimensão desatenta da PHDA (e.g., Becker, Marshall, & McBurnett, 2014; Fassbender, Krafft, & Schweitzer, 2015). Solanto et al. (2007) afirmam que as apresentações D e C diferem sobretudo no comportamento impulsivo e TCL. Com efeito, um subconjunto de crianças com a apresentação desatenta tem sido descrito como tendo TCL, característica que se repercute em mais problemas sociais, mas também de natureza académica (Marshall, Evans, Eiraldi, Becker, & Power, 2014).

Uma investigação recente de Capdevila-Brophy et al. (2014) analisou o perfil neuropsicólogo e comportamental numa amostra de crianças com a apresentação desatenta e níveis elevados de TCL, comparando-a com outra amostra de crianças diagnosticadas com as apresentações D e C e que tinham baixos níveis de TCL. Os resultados ditaram que as crianças com a apresentação D e elevados níveis de TCL têm mais problemas internalizantes (ansiedade e depressão) que os outros grupos avaliados. No nosso estudo, o grupo de crianças PHDA-D também evidenciou mais sintomas de PA/PD ($M = 1.25$; $DP = 0.74$) que o PHDA-C ($M = 0.89$; $DP = 0.69$), embora não tenhamos qualquer indicação relativamente ao TCL.

Finalmente, no que se reporta aos problemas comportamentais em sala de aula não é surpreendente que o grupo de crianças PHDA-C tenha obtido os valores mais elevados ($M = 1.71$; $DP = 0.53$), na medida em que esta subescala da EVDPP avalia itens de natureza internalizante e externalizante e, desta forma, associados a ambas as dimensões de sintomas da PHDA (i.e. desatenção e hiperatividade/impulsividade). Dada a sua importância, retomaremos esta questão posteriormente.

19.5.3 Análise aos tamanhos do efeito

²⁶ O Tempo Cognitivo Lento (TCL), em inglês “Sluggish Cognitive Tempo (SCT)”, é um construto caracterizado por um conjunto de sintomas comportamentais (e.g., sonolência; hipoatividade física, pouca iniciativa, letargia, apatia, entre outros) e o interesse neste domínio surgiu em grande parte da investigação realizada no âmbito da PHDA (Camprodon et al., 2013). A literatura mais recente sugere que o TCL deve ser compreendido como um conjunto independente e distinto dos sintomas da PHDA, apesar destes não raras vezes coexistirem e partilharem uma série de processos neuropsicológicos (e.g., Willcutt et al., 2014). A comorbilidade entre a TCL e a PHDA é elevada. Estima-se uma percentagem bidirecional que varia dos 39 aos 59% e fundamenta-se que esta condição é mais problemática do que cada um dos diagnósticos considerados isoladamente (Barkley, 2013). Embora não haja consenso absoluto, as evidências mais consistentes apontam uma associação entre o TCL e sintomas de natureza internalizante (e.g., Barkley, 2014).

Os resultados da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov indicaram que apenas o grupo PHDA-C segue a distribuição normal, pelo que se teve de aplicar um teste não paramétrico, o Coeficiente de Correlação de Spearman (cf. tabelas 21, 22 e 23).

19.5.3.1 PHDA e comorbilidades

Na tabela 21 são apresentados os tamanhos do efeito das correlações Spearman entre os grupos PHDA-D, PHDA-H/I e PHDA-C e os sintomas de PDO/PC e PA/PD.

Tabela 21: Correlações (Spearman) entre os grupos e as comorbilidades de PDO/PC e PA/PD^a

	PHDA-D	PHDA-H/I	PHDA-C	PDO/PC	PA/PD
PHDA-D	1.00	.16	.61**	.36**	.25**
PHDA-H/I		1.00	.85**	.61**	-.17
PHDA-C			1.00	.65**	.00
PDO/PC				1.00	.08
PA/PD					1.00

^aN = 105; ** A correlação é significativa a um nível de significância de .01 (bicaudal).

Todas as apresentações manifestaram problemas comportamentais externalizantes, embora as associações mais fortes tenham ocorrido nos grupos PHDA-C e PHDA-I ($\rho = .65, p < .01$) e ($\rho = .61, p < .01$), respetivamente, algo previsível tendo em conta que ambas as apresentações compartilham os sintomas de hiperatividade/impulsividade da PHDA, e que os mesmos são preditores da ocorrência de comportamentos de oposição/desafio e de conduta. Não se pode ignorar, porém, a correlação de efeito moderado obtida no grupo PHDA-D, indo ao encontro de outras investigações que também atestaram a presença de sintomas de PDO/PC nesta apresentação, apesar de em menor número que nas outras duas apresentações (Acosta et al., 2008; Wåhlstedt, Thorell, & Bohlin, 2009). No nosso caso, uma explicação razoável poderá ser a de que algumas das crianças que cumpriram os requisitos para o grupo PHDA-D poderão estar no limiar de cumprir os sintomas necessários para um diagnóstico da apresentação combinada, ou seja, apresentam sintomas de hiperatividade/impulsividade, mas não os suficientes para um diagnóstico de PHDA-C.

Os problemas de natureza internalizante (ansiedade e depressão) estão exclusivamente associados à apresentação desatenta, obtendo-se uma correlação de efeito moderado, mas com significância estatística ($\rho = .25, p < .01$). Este é um dos resultados mais interessantes do estudo e que merece reflexão, referimo-nos ao facto de não ter havido qualquer efeito significativo entre o grupo PHDA-C e os sintomas de PA/PD. Como referido anteriormente,

as crianças com apresentação desatenta parecem ter menos problemas ao nível da inibição da resposta mas têm mais características de TCL. Alguns estudos têm sugerido que o TCL está associado à desatenção da PHDA e que esta associação é mais elevada na presença de ansiedade comórbida (Skirbekk, Hansen, Oerbeck, & Kristensen, 2011), o que significa que a avaliação do TCL neste estudo poderia ser um dado importante para analisar a distinção entre as apresentações desatenta e combinada no que respeita às comorbilidades e também em relação ao desempenho académico e comportamental.

19.5.3.2 PHDA e problemas escolares

Nesta investigação pretendeu-se também averiguar a relação entre os grupos da PHDA e os problemas no desempenho académico (cf. tabela 22).

Tabela 22: Correlações (Spearman) entre os grupos e os itens dos PA^a

	PHDA-D	PHDA-H/I	PHDA-C	PA	Leitura	Matemática	Expressão Escrita
PHDA-D	1.00			-.38**	-.29**	-.32**	-.37**
PHDA-H/I		1.00		.08	-.00	.15	.08
PHDA-C			1.00	-.15	-.16	-.07	-.14
Leitura					1.00	.54**	.78**
Matemática						1.00	.56**
Expressão Escrita							1.00

^aN = 105; ** A correlação é significativa a um nível de significância de .01 (bicaudal).

Como se pode observar nos dados da tabela 22, os problemas escolares estão unicamente associados ao grupo PHDA-D ($\rho = -.38$, $p < .01$), salientando-se, uma vez mais, a ausência de uma correlação significativa nesta relação com a apresentação C.

As crianças do grupo PHDA-D expressaram problemas académicos nas três competências académicas básicas (leitura, matemática e escrita), um impacto conhecido e reportado na literatura. No estudo longitudinal desenvolvido por Massetti et al. (2008) o desempenho académico foi avaliado sete vezes ao longo dos oito anos do estudo numa amostra de 125 crianças que preencheram os critérios de diagnóstico para a PHDA, quando tinham idades compreendidas 4 e os 6 anos. Quando o QI e outras variáveis parasitas foram controlados, apenas as crianças com a apresentação desatenta tiveram ao longo dos anos resultados mais

baixos na leitura, escrita e matemática quando comparadas com as crianças do grupo-controlo e das outras duas apresentações da PHDA (combinada e hiperativa/impulsiva). A robustez destes resultados sugere que o défice de atenção exerce um papel determinante no desempenho académico.

Algumas das crianças deste estudo manifestaram ainda uma discrepância entre a realização académica e o QI (quando considerada esta variável). Embora este assunto seja controverso, o critério da discrepância é muitas vezes importante para aferir a presença das PAE, pelo que os investigadores deste estudo reforçam a necessidade da avaliação deste tipo comorbilidade, até para perceber se os problemas académicos verificados resultam dos sintomas da PHDA ou se provocados pelas PAE em si mesmo.

Um outro dado observado e que pode ser interessante no entendimento dos nossos resultados foi o facto de as crianças que apresentaram elevados índices de sintomas internalizantes no início do estudo revelaram posteriormente resultados mais baixos na leitura e matemática ao longo dos oito anos da investigação, mesmo quando controlada a PHDA, algo que não se verificou em relação aos sintomas de PDO e PC.

Mais recentemente observou-se uma correlação (negativa) entre os sintomas de desatenção e o desempenho académico na matemática bem como uma probabilidade 11 vezes superior das crianças com problemas de atenção de serem referenciadas pelos seus professores para tratamento (Lahey & Willcutt, 2010; Tosto, Momi, Asherson, & Malki, 2015).

19.5.3.3 PHDA e problemas comportamentais

Finalmente, a tabela 23 apresenta a relação entre os grupos e os diferentes itens que compõem a escala dos PC.

Tabela 23: Correlações (Spearman) entre os grupos e os itens dos PC^a

	PHDA -D	PHDA -H/I	PHDA -C	PC	Relac. colegas	Cump. ordens/ regras	Perturb. aulas	Conc. tarefas	Cap. organiz.
PHDA-D	1.00			-.55**	-.42**	-.42**	-.24*	-.59**	-.45**
PHDA-H/I		1.00		-.51**	-.33**	-.58**	-.66**	-.11	-.12
PHDA-C			1.00	-.68**	-.45**	-.68**	-.63**	-.38**	-.32**
Relac. colegas				1.00	.67**	.55**	.41**	.43**	
Cump. ordens/ regras					1.00	.74**	.29**	.37**	
Perturba. aulas							1.00	.27**	.27**
Conc. tarefas								1.00	.51**
Cap. organiza.									1.00

^aN = 105; ** A correlação é significativa a um nível de significância de .01 (bicaudal).

* A correlação é significativa a um nível de significância de .05 (bicaudal).

Em relação aos problemas comportamentais em sala de aula, o instrumento avalia aspectos que consideramos diferentes quanto à origem e mecanismos para a sua manifestação e, por isso, merecem uma distinção do ponto de vista de análise. Sendo assim, e em coerência com o quadro teórico que temos vindo a adotar, decidimos separar os itens em três componentes: i) problemas sociais (“relacionamento com os colegas”); (ii) défices no funcionamento executivo (“capacidade de organização” e “conclusão das tarefas”) e (iii) problemas externalizantes (“cumprimento de ordens/regras” e “perturbação das aulas”).

Verifica-se que todos os grupos manifestaram problemas de relacionamento com os pares, registando-se, contudo, correlações ligeiramente superiores nos grupos PHDA-C e PHDA-D ($\rho = -.45, p < .01$) e ($\rho = -.42, p < .01$), respetivamente. Sendo certo que a PHDA constitui um fator de risco para o desenvolvimento de dificuldades no funcionamento social, a investigação que tem sido realizada neste campo aponta diferentes conclusões em relação à distinção entre as apresentações da PHDA, em muito explicados por questões de natureza metodológica, nomeadamente os diferentes parâmetros que os instrumentos utilizados comportam (e.g., alguns avaliam o que os pares não gostam e outros o que os pares ignoram). As crianças com as apresentações C e H/I parecem ser mais agressivas, impulsivas, conflituosas e alvo de maior rejeição pelos pares (Baeyens, Roeyers, & Walle, 2006; Crystal, Ostrander, San Chen, & August, 2001; Hodgins, Cole, & Boldizar, 2000). Por sua vez, as crianças com apresentação D normalmente apresentam uma postura mais discreta, um

comportamento passivo e, por isso, são menos populares entre os pares (Solanto, Pope-Boyd, Tryon, & Stepak, 2009; Baeyens et al., 2006; Wheeler & Carlson, 2000). Naturalmente que esta questão também depende da percepção de quem avalia e da importância que atribui aos diferentes comportamentos acima expostos, sobretudo na sala de aula. Por exemplo, os professores que avaliaram este aspeto poderão considerar que a pouca iniciativa, a timidez e apatia das crianças do grupo PHDA-D poderá condicionar os trabalhos de pares muitas vezes utilizados neste contexto e assim ter maior impacto ao nível do desempenho global.

No que diz respeito aos défices no funcionamento executivo e os problemas externalizantes, as correlações mais fortes verificaram-se na apresentação D para as dificuldades no funcionamento executivo - “capacidade de organização” ($\rho = -.45, p < .01$) e “conclusão das tarefas” ($\rho = -.59, p < .01$) - e nas apresentações C e H/I para os comportamentos externalizantes - “cumprimento de ordens/regras” ($\rho = -.67, p < .01$) e “perturbação das aulas” ($\rho = -.66, p < .01$), respetivamente. O grupo PHDA-H/I não se correlacionou com os problemas no funcionamento executivo e obteve valores muito próximos aos do grupo PHDA-C nos comportamentos externalizantes. Na realidade, a bibliografia não documenta diferenças significativas entre apresentações H/I e C no que respeita ao impacto no desempenho académico, relacionamento social e comportamentos de natureza externalizante e internalizante (e.g., Riley et al., 2008).

Numa análise genérica a estes resultados, importa referir a investigação conduzida por Bauermeister et al. (2005), numa amostra de 98 crianças em idade escolar e diagnosticadas com PHDA (44, com a apresentação C; 25, com a apresentação D; e 29, do grupo de controlo). A avaliação compreensiva, efetuada com recurso a um conjunto diversificado de instrumentos, revelou diferenças entre o grupo desatento e o combinado, algumas delas com um padrão semelhante ao obtido no nosso estudo.

Assim, as crianças com a apresentação D foram as que manifestaram menos comportamentos de natureza externalizante e evidenciaram um padrão semelhante no domínio das competências sociais ao apresentado pelo grupo de crianças com PHDA-C. Do mesmo modo, verificou-se que as crianças diagnosticadas com PHDA-D obtiveram piores resultados em relação ao funcionamento executivo, tal como nesta investigação. Importa, neste âmbito, destacar as diferenças observadas entre os grupos D e C, que se situaram ao nível do TCL e que sugerem que os dois conjuntos de crianças têm problemas de atenção qualitativamente diferentes. Em concreto, as crianças com a apresentação desatenta apresentaram um estilo de atenção caracterizado por comportamentos de TCL (e.g., hipoatividade, “sonhar acordado”, etc.) e que, segundo estes investigadores, conduzem a dificuldades na regulação do estado de

alerta. Por conseguinte a dificuldade na regulação do estado de alerta pode resultar em sintomas característicos de déficit de atenção presentes no DSM, que incluem dificuldades em seguir as instruções, esquecimento, distração, etc., e que são secundários aos problemas de atenção próprios do TCL (Bauermeister et al., 2005). Em nossa opinião esta poderá ser uma explicação para as diferenças encontradas aqui ao nível da “capacidade de organização” e “conclusão das tarefas” entre as apresentações D e C.

Ainda no domínio dos défices no funcionamento executivo, pode dizer-se que existe uma ligação muito forte entre os sintomas da PHDA, especialmente os de desatenção, e as funções executivas (FE) (Thorell, 2007). Os défices nas FE são vistos como um fator subjacente na expressão dos sintomas da PHDA (Folke & Rydell, 2010) e o âmagio do fraco desempenho académico associado a esta condição (Daley & Birchwood, 2010). Diamantopoulou, Rydell, Thorell e Bohlin (2007) estudaram a relação entre as FE e os sintomas da PHDA ao nível do funcionamento social e académico. Uma das principais conclusões do estudo remete novamente para uma conexão forte entre os sintomas de desatenção e os problemas nas FE, que se traduzem em piores performances académicas nestas crianças. Sjöwall e Thorell (2014) observaram que, entre as diferentes FE, a memória de trabalho é a que maior efeito tem ao nível do desempenho académico. Estes investigadores acrescentam ainda o interesse na avaliação da variabilidade do Tempo de Reação (TR)²⁷ neste âmbito. Poucos estudos examinaram a relação entre o TR e as apresentações da PHDA, no entanto, e apesar de notórias contradições na literatura, há evidências que apontam valores mais elevados em crianças com apresentação D quando comparadas com as que têm apresentação C (e.g., Desman, Petermann, & Hampel, 2008). Por outro lado, Klenberg, Hokkanen, Lahti-Nuutila e Närhi (2016) verificaram a existência de diferentes perfis das FE consoante a apresentação da PHDA, nomeadamente que as crianças com a apresentação desatenta manifestam mais problemas ao nível da atenção, iniciação, planeamento e conclusão das tarefas que as que têm apresentação combinada.

Além do TCL e das PAE, parece-nos que a avaliação das FE seria um dado extremamente valoroso para apurar as diferenças entre as apresentações D e C, especialmente em relação a alguns processos neurocognitivos subjacentes, que são importantes para a realização das tarefas académicas (e.g., planeamento e organização das tarefas, resolução de problemas e

²⁷ A variabilidade do Tempo de Reação (TR), do inglês “Reaction Time variability (RT)”, é um fenómeno robusto da PHDA que se caracteriza por uma constante inabilidade para mobilizar uma quantidade suficiente de energia em relação ao que a tarefa ou situação exige (Sergeant, 2005). Elevados níveis de TR são encontrados nos sujeitos com PHDA (Epstein, 2011).

memória de trabalho), mas também entre as apresentações D e H/I noutros domínios do comportamento (e.g., inibição comportamental).

Nesta investigação, as maiores dificuldades ao nível da realização das atividades escolares (“capacidade de organização” e “conclusão das tarefas”) nos grupos D e C em relação ao H/I, em contraste com a maior expressão de comportamentos disruptivos (“cumprimento de ordens/regras” e “perturbação das aulas”) nos grupos C e H/I comparativamente ao D, seguem a linha de outras investigações (e.g., Gadow et al., 2004).

20 A entrevista

Apresentado o instrumento que serviu de referência à nossa investigação, analisadas as suas características psicométricas e feita a análise dos seus resultados, que nos conduziu a uma abordagem compreensiva da PHDA, nas suas diferentes apresentações, passamos, agora, à entrevista. Esta representa um papel central nos estudos de caso, sendo uma das fontes de informação mais importante (Yin, 2005). Esta técnica proporciona ao investigador qualitativo a possibilidade de captar múltiplas realidades, através de descrições e interpretações de outras pessoas em relação ao fenómeno em estudo (Stake, 2007).

As entrevistas assumem diferentes papéis e variam consoante o seu grau de estruturação (Bogdan & Biklen, 1994). A nossa opção recaiu num formato de entrevista semiestruturada. De acordo com DiCicco-Bloom e Crabtree (2006) este tipo de entrevista é um dos formatos mais utilizados em investigações qualitativas. Pode ser efetuada individualmente ou em grupo e apresenta claras vantagens em relação ao tipo de entrevista mais estruturada, estandardizada, semelhante a um questionário, nomeadamente a sua menor rigidez em impor quando, como e em que sequência abordar a temática, o que confere maior liberdade ao entrevistado para expor o seu ponto de vista. São geralmente organizadas em torno de um conjunto predeterminado de perguntas abertas, juntamente com outras questões que emergem do diálogo estabelecido entre o entrevistado e o entrevistador.

Tendo em consideração o exposto, pretendeu-se obter informação comum de todos os entrevistados assegurando, porém, um aspeto crucial, que se prende com a particularidade de cada participante, ou seja, do seu posicionamento perante a temática de investigação e do contexto em que está inserido. A opção por um formato mais flexível de entrevista advém também do facto de ter sido assegurada informação mais padronizada através da aplicação da EVDPP, em alguns aspetos que à partida poderiam não ser explorados pelos professores, em

particular no que respeita ao impacto da PHDA a nível académico, social e comportamental para estes alunos.

20.1 Construção e validação do guião da entrevista

A técnica da entrevista requer, porém, uma preparação prévia antes da sua utilização, nomeadamente a construção de um guião, que constitui um elemento de gestão da entrevista. No guião elaborado para esta investigação, as linhas orientadoras quanto ao seu conteúdo tinham em vista um enquadramento operacional global, um entrosamento com os dados recolhidos através da análise documental e com a escala EVDPP, aplicada na fase anterior. A sua estrutura foi organizada por dimensões, objetivos, questões e tópicos/itens. A cada objetivo correspondeu uma ou mais questões.

O processo de construção do guião teve momentos distintos e dividiu-se em duas fases: a primeira correspondeu à elaboração da sua primeira versão e a segunda à sua validação.

Na primeira fase, fazendo uso das novas tecnologias e das vantagens das redes sociais, o investigador principal adicionou-se a um grupo no *Facebook* intitulado “Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção”, composto por 8873 membros (à data da conclusão desta investigação), na sua maioria pais com filhos com PHDA, mas também professores, que buscam informação e troca de experiências para melhor ajudar os seus filhos/alunos. Neste grupo, aproveitou para questionar que práticas educativas escolares estavam a ser utilizadas com os seus filhos/alunos, quais os principais constrangimentos na educação dos seus filhos/alunos, entre outras questões que ajudaram a circunscrever e a vislumbrar os principais tópicos a explorar.

Segundo Harricharan e Bhopal (2014), a utilização de métodos de pesquisa *online* (e.g., *chats*, *blogs*, etc.) em investigações qualitativas é algo recente, mas constitui uma fonte essencial de dados.

De facto, todos os comentários, além de indicadores valiosos para a elaboração das questões do guião, constituíram uma motivação acrescida, pois reforçaram a importância da resposta às questões de investigação inicialmente delineadas.

Um outro aspeto digno de realce para a organização da primeira versão do guião, reporta-se à consulta de um estudo desenvolvido pelo investigador principal, aquando do seu estágio curricular de licenciatura, e que envolveu a realização de entrevistas a professores do primeiro ciclo que tinham alunos com PHDA. Em paralelo, acautelou-se simultaneamente a análise de

outras investigações relacionadas com esta temática que se sustentaram neste instrumento de recolha de dados (e.g., Gonçalves, 2009; Almeida, 2012).

Depois de reunida e sistematizada esta informação elaborou-se uma primeira versão, que foi analisada pela restante equipa de investigadores, com o desígnio de avaliar a coerência das questões identificadas com os objetivos do estudo. Desta primeira apreciação surgiram um conjunto de sugestões que foram trabalhadas posteriormente.

Na segunda fase, o investigador principal, através dos contatos estabelecidos com os professores do 1.º ciclo do ensino básico que participaram no estudo piloto para validação do QACP, e da sua disponibilidade para o efeito, solicitou a um deles, professor de uma escola pública, diretamente envolvido na docência de um aluno com PHDA, a realização de uma entrevista exploratória (não transcrita neste estudo), que serviu para maturar todas as questões pré delineadas, analisar a sua clareza e inteligibilidade, e selecionar as questões a considerar.

Daqui resultou o guião final que foi aplicado posteriormente. Este guião (cf. Anexo II₃) abarca um conjunto de 22 questões de diferentes dimensões, de acordo com o seguinte roteiro: A - perfil do entrevistado; B - perfil do aluno; C – estratégias a utilizar em sala de aula; D – envolvimento parental; E – orientações para apoio educativo/educação especial; F – abordagem multidisciplinar; G – lacunas e sugestões de melhoria; e H – dificuldades e necessidades formativas. Ainda que os tópicos da entrevista tenham sido organizados como uma possível orientação para as categorias de análise, é importante deixar claro que este processo não foi estático, mas antes flexível e dinâmico, num processo de construção/desconstrução permanente, que levou à proposta final das categorias, subcategorias e unidades de registo, conforme se demonstra adiante.

20.2 Realização das entrevistas

Depois de garantida a autorização do diretor da escola (cf. anexo I₃), toda a organização para a realização das entrevistas ao GPE passou por um contacto prévio efetuado diretamente pelo investigador, que serviu para explicar os objetivos e trocar contatos pessoais (telemóvel e email) para marcação da data da entrevista, tendo, contudo, ficado aí determinado que a mesma realizar-se-ia apenas no final do ano letivo. Foram simultaneamente providenciados outros cuidados, nomeadamente: a explicação da importância da sua colaboração para o enriquecimento da investigação, a permissão para gravar as entrevistas, a garantia da confidencialidade, assim como um compromisso estabelecido com o entrevistado, da leitura/aceitação da transcrição da entrevista realizada pelo investigador principal, antes da

divulgação dos resultados (cf. anexo I₄). Todo este processo, pautado por transparência e honestidade, resultou num clima empático, que foi determinante para o sucesso das entrevistas, que decorreram ao longo do mês de junho de 2015, com recurso a um gravador de voz digital²⁸. A duração média foi de 40 minutos, variando consoante a necessidade dos diferentes entrevistados em manifestar as suas opiniões. Foram utilizadas questões mais gerais para introdução do tema e perguntas mais específicas para reorientação do diálogo. O entrevistador procurou sempre criar um ambiente marcado pela abertura e informalidade que garantisse alguma espontaneidade nos entrevistados em exteriorizar as suas convicções.

20.3 Transcrição das entrevistas

O processo de transcrição das entrevistas seguiu o *corpus* REDIP - Rede de Difusão Internacional do Português: rádio, televisão e imprensa (Ramilo & Freitas, 2001, 2002), em particular no que concerne a pausas, pontuação, ideofones e interjeições.

O projeto REDIP, constituído a partir dos estudos de Ramilo e Freitas (2002) é um sistema de transcrição oral bastante apelativo e inteligível, dada a sua proximidade com a ortografia convencional, pelo que os seus textos podem facilmente ser consultados por um público não especializado. Não obstante, a sua principal fragilidade reside nas sequências em que há fronteiras sintáticas que não são marcadas, no discurso, por nenhuma pausa. Neste tipo de situação o sistema fica aquém do seu carácter eminentemente ortográfico. Este processo desenvolveu-se com o recurso ao Maxqda.

21 A análise documental

O acesso a fontes documentais relacionadas com a temática de investigação é outra estratégia recorrente num estudo de caso. A informação obtida poderá interessar para contextualizar o caso, acrescentar informação ou validar evidências de outras fontes (Meirinhos & Osório, 2010). Entre os diferentes tipos de dados escritos pelos sujeitos salientam-se: os documentos pessoais; os diários íntimos; as cartas pessoais; as autobiografias e os documentos oficiais (Bogdan & Biklen, 1994; Colás, 1998). Nesta investigação foram considerados exclusivamente os documentos oficiais. No plano educativo, este tipo de documentos faculta

²⁸ Foi utilizado um gravador digital Olympus – modelo VN-732PC (com micro-USB, para transferência de ficheiros de dados para o computador – em formato MP3 e WMA).

informação acerca da forma como as organizações estruturam o processo de ensino e aprendizagem e dos diferentes intervenientes que o compõem.

21.1 Aferição da documentação

Também este aspeto foi investigado previamente. O contato direto com a problemática da PHDA em contexto escolar, realizado aquando do processo de validação do guião da entrevista, permitiu averiguar que tipo de documentos normalmente são elaborados com/para alunos com PHDA. No decorrer deste período foi solicitado ao professor, bem como a todos os restantes envolvidos (presidente do conselho executivo, encarregado de educação e aluno) o acesso a esta informação (cf. Anexo I₅; Anexo I₆; Anexo I₇), que nos garantiu uma primeira observação acerca dos procedimentos normativos adotados nestas circunstâncias, mesmo tendo consciência que estes poderiam não estar padronizados, daí a pertinência da análise deste aspeto nas diferentes escolas envolvidas. Sendo assim, foram considerados essencialmente os seguintes documentos oficiais: o Projeto Educativo Escolar (PEE), Projeto Curricular de Escola (PCE) e o Projeto Educativo Individual (PEI, quando presente). Foram simultaneamente analisados outros documentos e/ou informação que constavam no Processo Individual do Aluno (PIA) (e.g., relatórios clínicos e técnico-pedagógicos; registos de avaliação; relatório de avaliação final do ano letivo; relatório circunstanciado de acompanhamento do PEI).

O PEE e PCE (acessíveis no *Website* de cada um dos agrupamentos de escola) visaram uma análise às diretrizes gerais relacionadas com o atendimento a alunos com NEE, assim como o enquadramento do meio envolvente.

De acordo com o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 3/2008, os agrupamentos de escola ou escolas não agrupadas devem considerar nos seus projetos educativos as adequações relativas ao processo de ensino e de aprendizagem, de carácter organizativo e de funcionamento, fundamentais para responder adequadamente às necessidades educativas especiais de carácter permanente das crianças e jovens, no sentido de garantir a sua maior participação nas atividades de cada grupo ou turma e da comunidade escolar em geral.

Por sua vez, o PEI (quando presente), bem como os restantes documentos apontados antes, tiveram como propósito uma caracterização minuciosa do GAE.

Para o acesso a esta informação foram cumpridos todos os requisitos éticos e legais (i.e., pedido de autorização ao encarregado de educação do aluno; consentimento informado do aluno; e pedido de autorização ao coordenador da escola). Depois de escolhidos os cinco

casos a investigar, foram contactados os coordenadores das escolas de cada um destes alunos, sendo-lhes entregue diretamente os respetivos pedidos de autorização (i.e., autorização do coordenador da escola; autorização do encarregado de educação do aluno; termo de consentimento livre e informado). O coordenador ficou responsável por entregar os pedidos ao encarregado de educação e reportar ao investigador a decisão. De referir a total disponibilidade das pessoas envolvidas, uma vez que não foram colocadas quaisquer restrições. Toda a documentação foi reunida ao longo do mês de junho de 2015, aquando da realização das entrevistas ao GPE.

Ainda neste âmbito, foi definido com a restante equipa de investigação, os documentos normativo legais²⁹ a considerar para análise e que se relacionam com a educação de alunos com necessidades educativas especiais, nos quais se integram as crianças diagnosticadas com PHDA.

A análise documental efetuada revelou-se um elemento crucial, não só como validação à informação obtida através da EVDPP e das entrevistas, mas também como garante de conteúdo adicional necessário à concretização dos objetivos inicialmente definidos, principalmente ao nível da caracterização dos alunos e dos processos de sinalização, avaliação, diagnóstico e intervenção.

22 Análise dos dados

Para a análise da informação recolhida nas entrevistas, recorreu-se à análise de conteúdo e ao programa informático *Maxqda*.

Dentro das diferentes modalidades que a técnica de análise de conteúdo comporta (Bardin, 1977; Bardin, 2009), a análise categorial apresenta-se como a tipologia mais adequada ao estudo por nós desenvolvido. Este tipo de análise abarca o texto na sua plenitude, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, sob a frequência da presença ou ausência de itens de sentido.

Bardin (1977, p. 117) define as categorias como “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso de análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”. As unidades de registo, por sua vez, representam uma unidade de segmentação ou de recorte,

²⁹ Despacho normativo n.º 24-A/2012 (ao abrigo do Decreto-lei n.º 139/2012, de 5 de julho), Decreto-lei 3/2008, Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A e Portaria n.º 60/2012.

a partir do qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise (e.g., palavra, frase, parágrafo, etc.).

Não obstante os procedimentos adotados para a operacionalização da análise categorial poderem variar em função dos objetivos da investigação é importante que ela se submeta, para que tenha validade científica, a alguns princípios rigorosos que a distinguem de análises puramente intuitivas. Neste sentido, para a concretização deste desígnio, tivemos em consideração a proposta de sistematização da técnica de análise de conteúdo temático-categorial desenvolvida por Oliveira (2008).

Genericamente, todo o processo incrementado ao longo da análise de conteúdo efetuada seguiu o critério do “funil” ou “gaveta”, tendo como preâmbulo a definição das dimensões, seguido das categorias, subcategorias e unidades de registo. Como referido anteriormente, aquando da preparação das entrevistas foi elaborado um roteiro/guião de entrevista, que foi estruturado em dimensões, para as quais foram delineados objetivos e as questões correspondentes. Depois de uma leitura exaustiva e cuidada às transcrições das entrevistas, assim como do restante material recolhido, iniciamos as operações de desmembramento dos textos em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Fizemo-lo de uma forma holística, considerando os objetivos globais da investigação e o roteiro/guião da entrevista pré-concebido. A partir desta informação construímos uma grelha de análise e tratamento de material onde constam as categorias, subcategorias, as formas de codificação/enumeração e respetivas unidades de registo.

A análise qualitativa é um processo iterativo e em permanente construção, que pode ser conduzido com o auxílio de programas informáticos (Sampieri et al., 2006). Segundo Lage (2011) os programas informáticos de apoio à análise de dados qualitativos mais utilizados, na área das Ciências Sociais e Humanas, são: The Ethnographic, Atlas/Ti, NVivo, HyperResearch, MaxQda e o WebQDA (Marcondes, 2013).

Entre os programas informáticos citados, consideramos que o Maxqda é o que corresponde de forma mais abrangente à metodologia e objetivos por nós traçados. O Maxqda foi um dos primeiros programas informáticos de suporte a abordagens mistas de investigação (<http://www.surrey.ac.uk/sociology/study/daycourses/events/2014-2015/150108-MMx1-MS.htm>). É um programa que oferece muitos recursos, tais como ferramentas para armazenamento de documentos, codificação dos dados, testar e relacionar hipóteses, transcrição de gravações de áudio e vídeo, e um conjunto de procedimentos gerais que possibilitam quantificar os dados qualitativos e qualificar os dados quantitativos (<http://www.maxqda.com/products/maxqda>). Atendendo ao facto desta investigação ser mista,

assim como à grande quantidade de dados equacionados, consideramos que esta seria uma ferramenta extremamente útil, não apenas no momento de codificação da informação, mas também na organização e exposição da mesma. O ficheiro concebido assenta em duas componentes fundamentais: a documentação e o sistema de códigos. No que se refere à documentação, foram inseridos todos os documentos de suporte, nomeadamente: as EVDPP do GAE; o roteiro da organização geral da entrevista para análise de conteúdo (cf. Anexo II₄); a grelha de análise e tratamento do material (cf. Anexo II₅); os PIA do GAE e a legislação.

Por sua vez, o sistema de códigos foi elaborado em função das categorias e subcategorias que emergiram dos documentos inseridos e que serviram de base à análise e discussão dos resultados.

A análise reivindicou um extenso trabalho de elaboração, pois a riqueza do material recolhido abriu espaço para diversas possibilidades de organização/exposição dos dados e para prodigiosas articulações com a problemática em estudo, que serão dissecadas ao longo dos pontos seguintes.

23 Apresentação e discussão dos resultados

Por uma questão de organização e coerência com os objetivos definidos, optou-se primeiramente por apresentar o perfil do grupo de alunos em estudo (GAE).

O perfil do GAE permite-nos aferir de forma abrangente os dois objetivos principais desta componente do estudo (i.e., o impacto da PHDA em contexto escolar e as práticas educativas adotadas com estes alunos). A partir daí esta informação foi refinada e coadjuvada com a análise ao grupo de professores em estudo (GPE), através das entrevistas, de forma a corresponder aos objetivos específicos delineados.

Para salvaguardar o anonimato dos participantes foram utilizadas siglas, nomeadamente: aluno (AL) e professor (PR).

23.1 Caraterização dos participantes

A caracterização do GAE foi realizada através das variáveis que constituem a EVDPP, da informação proveniente das entrevistas realizadas, bem como da análise documental efetuada.

Como se pode observar no quadro 3, dos cinco casos de estudo nenhum é do sexo feminino, embora não houvesse pretensão neste sentido, aconteceu pelo fato do sexo masculino ser amplamente predominante (tal como se demonstra nos resultados da EVDPP) e porque não houve autorização de todos os intervenientes envolvidos para a inclusão neste estudo dos casos femininos identificados. Simultaneamente, apenas foi selecionado um aluno proveniente de um estabelecimento de ensino privado, dada a discrepância do número total de alunos entre as escolas públicas e privadas, indicadores estes apresentados anteriormente. A matriz de codificação que se apresenta abaixo contempla um conjunto de variáveis sociodemográficas (i.e., sexo, idade, ano escolar e o setor da escola que frequentam).

Quadro 3: Características sociodemográficas^a

Aluno	Sexo		Idade								Ano escolar				Tipo de escola	
	M	F	6	7	8	9	10	11	12	1.º	2.º	3.º	4.º	Pública	Privada	
AL1	×	—	—	×	—	—	—	—	—	×	—	—	—	×	—	
AL2	×	—	—	—	—	×	—	—	—	—	—	×	—	—	×	
AL3	×	—	—	—	×	—	—	—	—	—	×	—	—	×	—	
AL4	×	—	—	—	—	×	—	—	—	—	×	—	—	×	—	
AL5	×	—	—	—	—	—	—	×	—	—	—	—	×	×	—	

^a — = ausente; × = presente (aplicável até ao quadro 93). AL1 = aluno 1; AL2 = aluno 2; AL3 = aluno 3; AL4 = aluno 4; AL5 = aluno 5; M = Masculino; F = Feminino; Idade = 6 aos 12 anos; Ano escolar = nível de ensino do 1.º ciclo do ensino básico no ano letivo 2014/2015.

Como podemos verificar no quadro 3, os cinco participantes são do sexo masculino, fazendo parte dos 90 rapazes (85.7%) que constituíram a amostra da aplicação da EVDPP. A média de idades é de 8.8 anos, muito próxima dos 8.59 obtidos anteriormente. Relativamente à distribuição pelos anos de escolaridade, dois alunos frequentam o 2.º ano de escolaridade, pertencendo assim ao maior número de casos (36,2%) da amostra da EVDPP que se encontram neste nível de ensino. Por último, apenas um caso é proveniente de um estabelecimento privado.

A matriz que se segue dá-nos informação relativamente ao diagnóstico, assim como de outros aspetos importantes que sustentam esta condição.

Quadro 4: Diagnóstico e problemas associados^a

Aluno	PHDA-D	PHDA-H/I	PHDA-C	PDO/PC	PA/PD	PA	PC	Retenção escolar
AL1	×	—	—	—	×	×	×	—
AL2	—	×	—	×	—	×	×	—
AL3	—	—	×	×	—	×	×	×
AL4	—	—	×	—	—	×	×	×
AL5	—	—	×	×	—	×	×	×

^aPHDA-D = apresentação desatenta; PHDA-H/I = apresentação hiperativa/impulsiva; PHDA-C = apresentação combinada; PDO/PC = perturbação de desafio/oposição e ou perturbação comportamental; PA/PD = perturbação de ansiedade e ou depressão; PA = problemas na aprendizagem; PC = problemas comportamentais; Retenção escolar = pelo menos uma reprovação até ao ano letivo 2014/2015, inclusive.

Os dados do quadro 4 indicam, uma vez mais, que os cinco alunos seleccionados são representativos da amostra total da EVDPP. Na realidade, três alunos apresentam diagnóstico de PHDA-C, correspondendo assim à maioria evidenciada anteriormente (43.8%). Por sua vez, 60% (3) manifestou sintomas para um diagnóstico de PDO/PC e 20% (1) para PA/PD, inseridos respetivamente nos 41.9% e 32.4% da amostra da EVDPP, informação esta coadjuvada na análise aos PIA e nas entrevistas.

Os problemas escolares e comportamentais (i.e. PA e PC) estiveram presentes em todos os participantes, nada surpreendente tendo em conta que da amostra total (n = 105), 81.9% dos alunos teve problemas na aprendizagem e 98.1% problemas no domínio comportamental.

Por último, foi possível comprovar que três dos cinco participantes tiveram pelo menos uma reprovação de ano escolar até à data da realização deste estudo.

Em seguida damos inicialmente uma perspetiva geral do GAE – “perfil global do GAE”, conforme descrito nas matrizes de codificação apresentadas nos quadros 5 a 13, e posteriormente fazemos uma análise minuciosa a cada um dos cinco casos de estudo – “perfil individual do GAE”. As referidas matrizes resultam dos processos de codificação estruturados por categorias (i.e., “perfil do aluno” e “orientações para Apoio Educativo/Educação Especial”) e respetivas subcategorias predefinidas na “grelha de análise e tratamento do material”, assim como de outras que emergiram da aplicação da EVDPP, da realização das entrevistas e da análise documental aos PIA, cujas unidades de registo estão diluídas ao longo da descrição efetuada na secção “perfil individual do GAE”.

23.2 Perfil global do GAE

Numa análise mais circunstanciada aos problemas na aprendizagem foi possível abarcar três subcategorias que correspondem às áreas curriculares nucleares no 1.º ciclo do ensino básico.

Quadro 5: Problemas na aprendizagem^a

Aluno	Leitura	Matemática	Expressão Escrita
AL1	×	×	×
AL2	—	—	×
AL3	×	×	×
AL4	×	×	×
AL5	×	×	×

^aN = 5.

Segundo observamos no quadro 5, a totalidade dos participantes, independentemente da apresentação da PHDA, mostrou problemas ao nível da expressão escrita. Importa também destacar que o AL2, com apresentação hiperativa/impulsiva e perturbação desafiante de oposição, foi o único que não evidenciou dificuldades em todas as disciplinas. Será, neste âmbito, pertinente enquadrar estes dados nos resultados obtidos através da EVDPP. Como se demonstrou anteriormente, os problemas académicos foram substancialmente superiores nos grupos PHDA-D e PHDA-C. Na verdade, o grupo PHDA-H/I não teve qualquer associação com a variável PA, aliás, foi o grupo PHDA-D o único a correlacionar-se (negativamente) com esta dimensão, tendo o valor desta associação sido ligeiramente superior na “expressão escrita”. Uma vez mais se confirma a tese de que os sintomas de desatenção são os que estão mais associados às dificuldades académicas, sendo que estas parecem incidir com particular destaque na escrita.

Um estudo longitudinal muito recente (Salla et al., 2016) avaliou separadamente o impacto dos sintomas de desatenção e hiperatividade no desempenho académico de alunos com PHDA desde a infância até aos 12 anos de idade. De acordo com avaliações feitas pelos professores na leitura, escrita e matemática, uma trajetória desenvolvimental marcada precocemente por elevados níveis de desatenção resultou em pior desempenho escolar nestas três competências académicas básicas e, correlacionados estes dados com as médias dos resultados dos exames nacionais, constatou-se um desempenho escolar médio inferior ao nível da escrita. Por sua

vez, valores médios e elevados de desatenção na segunda infância foram preditores de baixo desempenho académico na leitura, escrita e matemática e, em comparação com os resultados dos exames nacionais, estes resultados situaram-se abaixo da média nestas três áreas curriculares. A hiperatividade não se configurou um indicador consistente em relação ao desempenho académico (Salla et al., 2016). Um outro estudo semelhante (Sayal, Washbrook, & Propper, 2015) confirma que os sintomas de desatenção, quando comparados com os de hiperatividade/impulsividade e oposição/desafio, são os que mais contribuem para um menor rendimento académico.

Na realidade, como verificamos anteriormente, os sintomas de hiperatividade/impulsividade associaram-se de forma evidente a comportamentos e perturbações de natureza externalizante. Uma análise pormenorizada em relação à performance comportamental em sala de aula do GAE é exposta no quadro 6.

Quadro 6: Problemas comportamentais em sala de aula^a

Aluno	Perturbação das aulas	Cumprimento de ordens/regras	Conclusão das tarefas	Capacidade de organização	Relacionamento com os pares
AL1	—	—	×	×	—
AL2	×	×	×	×	×
AL3	×	×	×	×	—
AL4	×	×	×	×	—
AL5	×	×	×	×	×

^aN = 5.

Do que nos é possível escrutinar, todos os participantes manifestaram problemas ao nível da “Conclusão das tarefas” e da “Capacidade de organização”, sendo estes os únicos itens em que o AL1, com a apresentação Desatenta, também pontuou. Acresce ainda que o AL1 foi o único sem classificação problemática nos itens “Perturbação das aulas” e “Cumprimento de ordens/regras”, tendo os quatro restantes participantes, cujo diagnóstico pertence às duas outras apresentações da PHDA (hiperativa/impulsiva e combinada), obtido classificações disfuncionais nestas dimensões. A característica comportamental menos prejudicada no GAE foi o “relacionamento com os pares”, observada em apenas dois casos. Fazendo o paralelismo com os resultados da EVDPP encontramos alguns pontos convergentes. Em primeiro lugar realçamos o facto de em ambos os casos todos os participantes (i.e., independentemente da apresentação da PHDA) terem manifestado algum tipo de problema no desempenho

comportamental em sala de aula. Concomitantemente o grupo PHDA-D foi o que obteve as correlações (negativas) mais elevadas nos itens “Conclusão das tarefas” e “Capacidade de organização”, sendo que estes foram os únicos aspetos em que o AL1 pontuou negativamente. Da mesma forma destaca-se que os comportamentos externalizantes (i.e. “perturbação das aulas” e “cumprimento de regras/ordens”) foram associados com maior destaque aos grupos PHDA-H/I e PHDA-C, em consonância com o que se evidencia no quadro 6, pois o AL1 foi o único participante que não apresentou problemas a este nível.

Retomamos a informação apresentada no quadro 4 e concluímos que a consequência de todos estes problemas na aprendizagem teve como resultado a retenção escolar em três dos cinco participantes (60%). Esta é uma das consequências da PHDA em contexto escolar já anteriormente registada, uma das mais gravosas e que pode inclusivamente arrastar outros problemas (e.g., baixa autoestima). Paralelamente há evidências na literatura a indicar que os adolescentes com PHDA estão muitas vezes atrasados academicamente durante o ano escolar e manifestam oito vezes mais probabilidades de abandonar a escola quando comparados com os seus pares sem esta problemática (Kent et al., 2011). Neste enquadramento importa analisar o impacto económico e social que pode advir de tais evidências, tal como fizeram alguns investigadores nos Estados Unidos da América (EUA). Estudos de natureza macroeconómica que tiverem como referência os resultados de estudos longitudinais realizados com crianças diagnosticadas com PHDA na infância e acompanhadas até ao início da idade adulta (e.g., *Pittsburgh ADHD Longitudinal Study*), revelaram que o custo médio que um aluno com PHDA acarreta para a sociedade é de 5.007 dólares americanos. Valor que se apresenta em perfeito contraste com os 318 gastos com cada sujeito do grupo de comparação. Esta forte discrepância deriva da inclusão em serviços de educação especial, do número de retenções e ainda de questões disciplinares. Os valores por si só alertam para o forte impacto económico que esta problemática representa e para a necessidade da aposta na prevenção e intervenção precoce na educação destes alunos (Robb et al., 2011; Doshi et al., 2012). Estudos realizados noutros países apontam conclusões semelhantes (e.g. Telford et al., 2013). Desconhecemos estudos portugueses que analisem esta realidade, algo que certamente seria do interesse público.

Passando a outro plano, no quadro 7 temos indicadores em relação às estratégias de tratamento/intervenção mais utilizadas com os alunos com PHDA analisados.

Quadro 7: Estratégias de tratamento/intervenção^a

Aluno	Apoio educativo	EE (PEI)	Serviços de Psicologia e Orientação	Serviços exteriores à escola	Medicação
AL1	—	×	×	×	×
AL2	—	×	×	×	×
AL3	—	×	—	×	×
AL4	—	×	—	×	×
AL5	×	—	—	×	×

^aInclui as orientações educativas para os anos letivos subsequentes ao 2014/2015. Apoio educativo = destinado a alunos com problemas de aprendizagem; EE (PEI) = ao abrigo do regime de educação especial com Projeto Educativo Individual; Serviços de Psicologia e Orientação (SPO) = apoio psicológico pelo psicólogo escolar; Serviços exteriores à escola = acompanhamento externo em consultas de diferentes especialidades médicas (e.g., pedopsiquiatria, psicologia clínica, terapia da fala, psicomotricidade); Medicação = tratamento à base de medicação psicoestimulante.

As evidências recolhidas declaram que a totalidade dos participantes está sujeita a tratamento psicofarmacológico (metilfenidato) assim como usufrui de serviços exteriores à escola. Além disso verifica-se que apenas dois alunos têm apoio psicológico, ou seja, que a escola não dá resposta a mais de metade destas crianças, transferindo esta competência, que deveria ser da sua responsabilidade, para valências ou serviços no exterior.

Do que foi possível esclarecer nas entrevistas (analisadas mais à frente no perfil individual do GAE), os professores demonstram uma atitude bastante favorável à intervenção psicofarmacológica, assim como algum conhecimento acerca dos benefícios e possíveis efeitos secundários, confirmando uma tendência realçada por Snider et al. (2003). Segundo a generalidade dos docentes, a medicação tem um papel essencial no tratamento e, apesar da melhoria no comportamento em geral, é ao nível da atenção e da realização das tarefas que se revela mais eficaz, com consequências no rendimento académico destes alunos. Todavia, é importante perceber se este discurso não é inflacionado por crenças fundamentadas (ou não) acerca dos benefícios da medicação no contexto escolar, assim como se esta perceção está (ou não) relacionada com a ideia de que estando estas crianças medicadas haverá menor necessidade na implementação de outras estratégias não farmacológicas a este tipo de alunos. Neste domínio, Freedman (2016) analisou o conteúdo da PHDA presente em cinco livros utilizados em programas universitários de educação especial nos EUA e concluiu que a esmagadora maioria apresentava uma narrativa “medicalizada”, em que as crianças diagnosticadas com PHDA são descritas como inerentemente disfuncionais e desprovidas de

caraterísticas positivas. Duas implicações desta análise são sugeridas: (1) os professores poderão limitar as suas respostas pedagógicas em favor de uma confiança excessiva no tratamento medicamentoso; e (2) os professores poderão construir uma filosofia que seja incompatível com o objetivo da educação inclusiva e da diversidade na sala de aula.

Nenhuma das implicações acima descritas pareceu adequar-se à opinião transmitida pelos professores que participaram nesta investigação. Nas palavras da PR3 “eu quero para os meus alunos o que quero para os meus filhos e por isso entendo que a medicação é em último recurso, mas se for preciso é o melhor a fazer”, de resto uma tendência observada no discurso dos restantes docentes, em considerar que a medicação é uma estratégia que deve ser considerada na intervenção em contexto escolar, mas não é a única, e que deve ser aplicada somente a algumas crianças.

Por sua vez, a necessidade de se recorrer a múltiplos serviços externos às escolas é explicada pela heterogeneidade desta perturbação, anteriormente frisada, exigindo desta forma um acompanhamento multidisciplinar para o qual as escolas não estão infelizmente preparadas. Assistimos a vários constrangimentos neste sentido que serão explicados posteriormente, mas para já compete-nos destacar que, segundo os professores entrevistados, as permanentes ausências da escola para consultas prejudicam toda a dinâmica escolar destas crianças, com particular efeito no acompanhamento das atividades curriculares mas também no relacionamento com os pares.

Não sendo um problema novo nas escolas é, porém, muitas vezes motivo de discussão e análise a questão destes alunos integrarem ou não o sistema de Educação Especial. Ou seja, se devem pertencer ao rol de alunos a apoiar pelos docentes especializados e, principalmente, se, por terem este diagnóstico, são alunos com necessidade de PEI.

Neste contexto é bom recordar a definição de aluno com NEE, que em Portugal, de acordo com os normativos legais (e.g., DL 3/2008) se restringe a alunos com NEE de carácter permanente, sendo que apenas estes podem ter acesso às medidas de educação especial. Ora, sendo a PHDA uma problemática de origem neurobiológica e permanente, que provoca disfunções significativas no comportamento e aprendizagem, podemos admitir sem reservas que estamos perante alunos com NEE. Mas, o mais importante não é enquadrar o aluno com PHDA no regime de EE, mas sim proporcionar-lhe o apoio e as medidas adequadas para colmatar as suas necessidades, de acordo com a gravidade da situação. É neste enquadramento que surge outro tipo de intervenção escolar menos restritiva do ponto de vista curricular, o “apoio educativo”.

Através dos dados recolhidos e apresentados acima no quadro 7 é possível verificar que apenas um aluno (n = 1) está inserido na medida de apoio educativo, sendo que os restantes quatro estão abrangidos pelas medidas do regime de educação especial (com PEI).

Esta continua, ainda, a ser uma questão bastante atual e muito debatida, dada a controvérsia existente em relação à legislação atualmente em vigor no nosso país no atendimento a alunos com diferentes NEE. Serão estes alunos (e.g., com PHDA) alvo de intervenções ajustadas ao seu perfil e às suas necessidades, ou não há lugar a diferenciação pedagógica nestes casos?

Um estudo desenvolvido por Murray et al. (2014) procurou analisar a prevalência e o tipo de serviços prestados nas escolas a 543 alunos do ensino superior que participaram no estudo longitudinal “8-year follow-up of the multisite Multimodal Treatment study of ADHD (MTA)”. Estes investigadores concluíram que 51.6% dos alunos com uma história de PHDA estavam com um “individualized educational plan (IEP)” – equivalente ao nosso Programa Educativo Individual, ou um 504 plan – similar ao nosso Apoio Educativo, uma percentagem seis vezes superior ao grupo de controlo (alunos sem história de PHDA). Analisando o percurso anterior, menos de 5% havia usufruído de apoio educativo, ao passo que 35.5% esteve inserido em turmas de educação especial. Quase todos os alunos receberam algum tipo de intervenção académica, embora somente metade tenha recebido suporte ao nível de estratégias comportamentais e de aprendizagem. Mais preocupante foi o facto de apenas aproximadamente um quarto destas medidas/práticas serem baseadas em evidências. Spiel (2013) na sua tese de doutoramento intitulada “School-Based Services for Adolescents with ADHD: What is given and to whom?” constatou que a maioria dos Planos Educativos Individuais direcionados a alunos com PHDA contempla indicações para a necessidade da implementação de uma intervenção do tipo comportamental, mas em menos de 50% não se operacionalizam estas medidas nem se enunciam os intervenientes que devem intervir neste processo. Além disso, muitas das medidas e serviços propostos não eram baseados em evidências. Um ano depois, Spiel, Evans e Langberg (2014) analisaram os processos de 97 estudantes com PHDA do ensino básico, dos quais 61.9% com um Plano Educativo Individual e 38.1% com Plano de Apoio Educativo. As conclusões foram muito semelhantes, nomeadamente a constatação de que 85% destes planos identifica problemas comportamentais (mas mais de metade não inclui estratégias para as ultrapassar) e as medidas contempladas, mais uma vez, não são baseadas em evidências.

23.2.1 Orientações para Apoio Educativo/Educação Especial

Os alunos com apoio educativo, mas particularmente os que estão no regime de EE com PEI, podem beneficiar de um conjunto de medidas de ensino diferenciadas, entre as quais se apresentam as mais citadas em relação ao GAE (cf. quadro 8).

Quadro 8: Medidas de resposta educativa^a

Aluno	Apoio pedagógico acrescido fora da sala de aula	Apoio pedagógico personalizado	Adequações no processo de matrícula	Adequações curriculares	Adequações no processo de avaliação	Adequações de turma
AL1	—	×	—	×	×	×
AL2	—	×	—	—	×	—
AL3	—	×	×	×	×	×
AL4	—	×	×	—	×	—
AL5 ^b	×	—	—	—	—	—

^a Inclui as orientações educativas para os anos letivos subsequentes ao 2014/2015; ^b Este aluno não tem PEI.

De acordo com a informação apurada, exposta no quadro 8, as principais adaptações no processo de aprendizagem dos alunos com PHDA envolvidos foram relativas às condições especiais de avaliação (n = 4) e ao apoio pedagógico personalizado (n = 4). As adaptações curriculares, adequações da turma e as condições especiais de matrícula foram medidas adotadas em dois dos participantes (n = 2), respetivamente.

A única medida enquadrada no regime de apoio educativo, foi a de “apoio pedagógico acrescido fora da sala de aula”, que se verificou apenas em um aluno. Neste caso trata-se de um conjunto de atividades e programas educativos aplicados fora da sala de aula, por um docente de apoio destacado na unidade orgânica em questão, em blocos de uma hora durante três vezes por semana.

Porém, cada das medidas de resposta educativa acima apresentadas no quadro 8 acarreta diferentes possibilidades, pelo que nos quadros seguintes se traduz as que foram mais utilizadas com o GAE.

Quadro 9: Medidas de resposta educativa - Apoio Pedagógico

Personalizado^a

Aluno	Reforço das estratégias (organização, espaço e atividades)	Antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos	Reforço e desenvolvimento de competências específicas ^a
AL1	×	×	×
AL2	—	—	×
AL3	×	×	×
AL4	×	×	×
AL5	—	—	—

^aAs áreas mais indicadas foram: pedopsiquiatria, terapia da fala, psicomotricidade, apoio do psicólogo escolar e apoio pelo docente de EE.

Considerando os resultados do quadro 9, em relação ao “apoio pedagógico personalizado”, podemos aferir que a estratégia mais acolhida pelo GAE foi o “reforço e desenvolvimento de competências específicas”, que se verificou em quatro dos cinco casos. As outras duas medidas, nomeadamente o “reforço das estratégias (organização, espaço e atividades)” e a “antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos”, foram adotadas em três participantes (n = 3).

Quadro 10: Medidas de resposta educativa - Adequações no processo de matrícula^a

Aluno	Adiamento da matrícula
AL1	—
AL2	—
AL3	×
AL4	×
AL5	—

^aN = 5.

No que respeita a “adequações no processo de matrícula” identificou-se uma única opção (cf. quadro 11), “adiamento da matrícula”, que foi aplicada em dois alunos.

Quadro 11: Medidas de resposta educativa - Adequações curriculares individuais^a

Aluno	Introdução de áreas curriculares específicas	Introdução de objetivos e conteúdos intermédios	Turma com Projeto Curricular Adaptado
AL1	×	×	—
AL2	—	—	—
AL3	—	×	×
AL4	—	—	—
AL5	—	—	—

^aN = 5.

Quando analisados os PIA dos participantes no que concerne à medida “adequações curriculares individuais” observaram-se três condições (cf. quadro 11). A que obteve maior frequência foi a “introdução de objetivos e conteúdos intermédios”, estratégia efetivada em dois casos. As restantes duas opções, “introdução de áreas curriculares específicas” e “turma com projeto curricular adaptado”, foram decisões consideradas para apenas um aluno.

Quadro 12: Medidas de resposta educativa - Adequações no processo de avaliação

Aluno	Tipo de provas ^a	Instrumento de avaliação e certificação ^b	Condições de avaliação (itens, formas e meios de comunicação) ^c	Periodicidade ^d	Duração ^e	Local de execução ^f
AL1	×	×	×	×	×	×
AL2	—	×	×	×	×	—
AL3	×	—	×	×	×	×
AL4	—	—	—	—	×	—
AL5	—	—	—	—	—	—

^aadaptações nas fichas de avaliação (e.g., reduzida informação, organização simples e sequencial da informação, questões com ajuda da evocação da informação, etc.); ^bavaliação de acordo com o ciclo que integra; ^cvalorizar a oralidade e a não contabilização de erros de ortografia; ^drealização de um maior número de provas avaliativas durante cada trimestre; ^eprolongamento do tempo necessário à realização das provas avaliativas; ^fjunto ao docente ou na sala de apoio com o professor especializado.

Conforme se apresenta no quadro 12, a medida “adequações no processo de avaliação” foi a que conduziu a um leque mais abrangente de opções. Objetivamente, a alternativa que obteve um conjunto maior de registos foi relativa à “duração” das provas avaliativas, que se verificou em quatro, dos cinco alunos que compunham o GAE. Imediatamente a seguir, as “condições

de avaliação (itens, formas e meios de comunicação) ” e a “periodicidade” foram estratégias aplicadas no processo avaliativo de três participantes (n = 3). Por último, apenas dois alunos (40%) usufruíram de alterações ao nível do “tipo de provas”, do “instrumento de avaliação e certificação” e do “local de execução”.

Quadro 13: Medidas de resposta educativa - Adequações de Turma^a

Aluno	Redução de Turma
AL1	×
AL2	—
AL3	×
AL4	—
AL5	—

^aN = 5.

De acordo com a informação do quadro 13, e à semelhança da medida “adequações no processo de matrícula”, a respeitante a “adequações de Turma” originou apenas uma alternativa, “redução de turma”, que foi implementada no trajeto escolar de dois alunos (40%).

23.3 Perfil individual do GAE

23.3.1 Caraterização geral do aluno 1 (AL1)

O AL1 tem 7 anos, é do sexo masculino e concluiu o primeiro ano de escolaridade no ano letivo 2014/2015. Segundo o relato da sua professora (PR1), aquando da entrevista realizada, é filho de pais separados, apesar do padrasto ter assumido muito bem o exercício da parentalidade e de, juntamente com a mãe, seguir com proximidade o seu percurso académico. No seu processo há a indicação que o AL1 foi sinalizado ainda no pré-escolar (onde esteve durante dois anos) e encaminhado pela educadora do jardim de infância para uma avaliação especializada, por referência a um quadro comportamental, no qual se destacavam essencialmente dificuldades nas relações sociais e frustração. Através do relatório de avaliação inserido no PIA, realizado por profissionais externos à escola, já no decorrer do

primeiro período do ano letivo 2014/2015, confirma-se um diagnóstico de PHDA (sem especificação da apresentação) e o tratamento à base de psicoestimulantes, neste caso ritalina, informação corroborada pela sua professora na EVDPP e na entrevista. Na avaliação intelectual, feita com recurso à *Wechsler Intelligence Scale for Children-3th edition* (WISC-III; Wechsler, 1991; adapt. de Simões e Col., 2003), o AL1 apresenta um resultado global de nível médio inferior (81).

De acordo com os critérios da EVDPP o AL1 cumpriu os requisitos para um diagnóstico da apresentação predominantemente desatenta da PHDA, mostrou sintomas que consubstanciam um diagnóstico comórbido de perturbação de ansiedade/depressão e apresentou problemas comportamentais e na aprendizagem.

23.3.2 Competências académicas do aluno 1

Os problemas de aprendizagem foram mencionados nas diferentes fontes consultadas. Nos dados recolhidos através da EVDPP o aluno foi classificado como “problemático” em todas as competências académicas básicas (i.e., leitura, escrita e matemática). Segundo a professora o AL 1 “sente efetivamente maior dificuldade do que os colegas, eh, especialmente a português. pronto, matemática também, quando se trata de conceitos abstratos”.

O registo de avaliação do 3.º período do ano letivo 2014/2015 plasma com objetividade a narrativa da professora. Na leitura obteve classificação insuficiente nos seguintes parâmetros de análise: (i) lê com clareza textos variados com extensão e vocabulário adequados e (ii) compreende o essencial de textos lidos. No conhecimento explícito da língua: (i) manipula e compara dados para descobrir regularidades no funcionamento da língua; (ii) explicita dados e procedimentos nos diferentes planos do conhecimento explícito da língua e (iii) mobiliza o conhecimento adquirido na produção de textos orais e escritos.

Por fim, no domínio dos números e operações não alcançou resultados satisfatórios em 5 dos 9 itens, especificamente: (i) domina a leitura e escrita de números inteiros; (ii) domina as diferentes operações; (iii) domina o cálculo mental; (iv) resolve problemas de um passo e (v) explicita raciocínios utilizando uma linguagem matemática correta. No cômputo geral, em relação aos restantes parâmetros de avaliação obteve somente a classificação de suficiente. No seu processo consta ainda a necessidade de ser encaminhado para um especialista a fim de se proceder ao despiste de “Dificuldades de Aprendizagem Específicas”, algo que não foi realizado no decorrer do ano letivo 2014/2015.

23.3.3 Caraterísticas comportamentais do aluno 1

De acordo com o relatório de avaliação presente no PIA, através da aplicação das escalas de Conners para pais e professores, foi possível constatar que o AL1 obteve valores acima da média esperada para a sua idade nos itens relacionados com problemas cognitivos e de hiperatividade/défice de atenção. Caraterísticas como intolerância à frustração, nervosismo, pouca autonomia e manifestas dificuldades em manter níveis de concentração adequados à realização das tarefas propostas são vincadas no processo avaliativo. Com efeito, segundo os resultados obtidos na EVDPP o AL1 revela frequentemente ou muito frequentemente dificuldade em focar a atenção ou manter a atenção em tarefas que requerem um esforço mental sustentado, é bastante distraído, facilmente suscetível a estímulos exteriores. Neste particular, a professora durante a entrevista carateriza a atenção do aluno da seguinte forma: “a atenção dele era uma atenção digamos que desfocada, ele não se conseguia concentrar, ele distraía-se, ele não queria estar ali sentado, era um sacrifício notava-se claramente, portanto a atenção dele era uma atenção muito dispersa, se ele ouvia o avião ele olhava se ele ouvia o colega se abria a porta tudo era motivo para o menino levantar a cabeça e não terminar a tarefa e não fazer mesmo! até para iniciar a tarefa era muito complicado”. De facto, a dificuldade na compreensão das instruções, organização e conclusão das tarefas foram outros aspetos patenteados nos resultados da EVDPP. Por outro lado são reportados na EVDPP níveis frequentes de agitação motora, caraterística que a professora traduz como “a agitação dele, o mexer o mexer o mexer com as mãos, com os pés, com a cabeça”. Não obstante, o AL1 apenas manifestou dois dos nove sintomas de hiperatividade/impulsividade e nenhum sintoma de PDO/PC, sendo que na subescala do PC da EVDPP apresentou um comportamento excelente no que concerne ao cumprir as ordens/regras e não perturbar as aulas. Segundo a sua professora o AL1 é “muito cumpridor, nunca tenho de chamar a atenção”. Ao invés, de acordo com os dados da EVDPP, recorrentemente manifesta sintomas de PDA/PD, como estar triste ou deprimido, timidez, preocupação e um constante medo em falhar. A professora diz que ele é “muito reservado, uma criança muito insegura, uma criança que tem medo de falhar, uma criança que tem de ser sempre com estímulo, porque caso contrário não arrisca”.

23.3.4 Relacionamento do aluno 1 com os pares

Em relação ao comportamento adaptativo o AL1 foi avaliado nos domínios da comunicação, autonomia e socialização, tendo registado um nível adaptativo pessoal e social inferior ao esperado para a sua idade cronológica. Na generalidade, o aluno mostrou dificuldades ao nível da autonomia pessoal, autonomia em situações sociais e adequação nas situações de jogo e lazer. Segundo a professora “dentro da sala de aula é um mundo ele não se relaciona com os outros colegas, pronto está ali sentado na sua secretária, eh e, está a mexer com ele a fazer mas, no entanto lá fora ele brinca, o AL1 é chamado para as brincadeiras, não é rejeitado, ele não se isola ele corre ele faz como os outros ele é capaz”. Talvez por isso tenha classificado o seu comportamento de excelente no item “relacionamento com os colegas” da subscala de PC da EVDPP, querendo referir-se ao facto do aluno não ser conflituoso e ser aceite pelos seus pares, apesar de alguma inércia e falta de iniciativa na relação que estabelece com os outros, tal como a própria referiu na entrevista.

23.3.5 Contexto educativo onde está inserido o AL1

A escola é um dos cinco estabelecimentos do ensino básico da rede pública que integram um agrupamento escolar do concelho de Ponta Delgada, num espaço geográfico com características urbanas. Segundo o que foi possível aferir, a escola, e o agrupamento em geral, assume uma vocação de Escola Inclusiva, que procura no seu seio desenvolver processos que orientem as aprendizagens para a formação da cidadania, procurando garantir condições de igualdade de oportunidades, no respeito pelas diferenças de cada um. No Projeto Curricular de Escola (PCE) 2013/2014 constam as orientações para o apoio educativo, para os serviços especializados de apoio educativo, assim como para o Núcleo de Educação Especial. De acordo com o que está plasmado no Programa de Apoio Educativo (PAE) 2014/2015 o “apoio educativo traduz-se na disponibilização de um conjunto de estratégias e atividades de apoio, de carácter pedagógico e didático, para complemento e adequação do processo de ensino e aprendizagem.” O apoio educativo é ministrado sistematicamente por duas educadoras de infância e pelas coordenadoras do núcleo com funções de apoio educativo/substituição. Este tipo de apoio é facultado aos alunos sinalizados de acordo com as suas necessidades e recursos humanos existentes.

Por sua vez, no PCE é referido que os Serviços Especializados de Apoio Educativo dirigem-se aos alunos com NEE e integram três valências: Serviço de Psicologia e Orientação; Núcleo

de Educação Especial e Equipa Multidisciplinar. O Núcleo de Educação Especial tem como finalidade “o desenvolvimento pessoal, social e académico das crianças e jovens com necessidades educativas especiais, respeitando as suas características individuais.” As medidas e estratégias de intervenção que constam no relatório técnico-pedagógico de cada aluno consubstanciam-se no Projeto Educativo Individual (PEI), modelo adotado da Direção Regional da Educação e Formação (DREF). As respostas do Regime Educativo Especial assentam em três eixos: (i) Turma com Projeto Curricular Adaptado (tendo em conta o perfil funcional dos alunos são criadas turmas com projeto curricular adaptado); (ii) Unidades Especializadas com Currículo Adaptado – UNECA (educação de crianças e jovens com distúrbios comportamentais do espectro do autismo; Transição para a Vida Ativa e Socioeducativa) e (iii) Apoio Pedagógico Personalizado.

De acordo com os dados registados no PAE, na escola do AL1 existem oito turmas do 1.º ciclo do ensino básico e 166 alunos, dos quais 15 têm apoio educativo e 23 apoio especializado – Núcleo de Educação Especial.

23.3.6 Práticas educativas adotadas com o AL1

O AL 1 entrou para o 1.º ano de escolaridade com 6 anos, no ano letivo 2014/2015. Desde logo a PR1 notou que apresentava muitas dificuldades comparativamente aos seus colegas de turma e, por isso, propôs o seu encaminhamento para apoio educativo, algo que acabaria por não se concretizar ao longo do 1.º período por falta de recursos humanos. Em paralelo, e depois de dialogar com a sua progenitora, recomendou que o AL1 fosse alvo de uma avaliação especializada, que viria a ser concretizada externamente à escola, por opção da mãe e com o aval da escola, por considerar-se que, tendo em consideração o número de casos em análise e a escassez de recursos, o processo seria assim mais célere. Desta avaliação, na qual a PR1 participou através do preenchimento de uma escala de avaliação (Conners), resultou o diagnóstico da PHDA, sendo que a documentação que consubstancia o mesmo foi entregue apenas no final do 2.º período, por insistência da professora e coordenadora. Nos diferentes relatórios que constam no PIA há a indicação para a necessidade de o AL1 vir a beneficiar de apoio educativo especializado e ser acompanhado pelos serviços de psicologia e orientação. Estes relatórios foram analisados pela psicóloga da escola que, conjuntamente com a educadora do apoio e a professora do ensino especial procederam à avaliação do aluno por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde -CIF-CJ (OMS, 2001) que culminou com a elaboração de um PEI.

23.3.7 Perfil de Funcionalidade do aluno 1

Em junho de 2015, já no final do 3.º período, o AL1 foi avaliado por referência à CIF, tendo sido preenchida a checklist, confirmando-se a necessidade de intervenção da Educação Especial, ao abrigo do Decreto-Lei regional n.º 15/2006, de 7 de abril. Os resultados revelaram “alterações nas funções e estruturas do corpo que comprometem o seu nível de atividade e desempenho”. Na realidade, os dados preenchidos refletem todas as dificuldades do AL1 mencionadas supra. Nas funções do corpo, especificamente nas funções mentais globais destaca-se a deficiência moderada nas funções do temperamento e da personalidade (b126), ao passo que nas funções mentais específicas realça-se a deficiência moderada nas funções de atenção (b140), funções da memória (b144), funções emocionais (b152), funções de percepção (b156), funções mentais da linguagem (b167), funções do cálculo (b172) e deficiência grave nas funções cognitivas de nível superior (b164). Relativamente à atividade e participação, nomeadamente no capítulo da aprendizagem e aplicação de conhecimentos, evidencia-se a classificação de deficiência grave nos seguintes parâmetros: concentrar a atenção (d160), dirigir a atenção (d161), ler (d166), escrever (d170) e calcular (d172). Por sua vez, no capítulo das tarefas e exigências gerais o AL1 manifestou deficiência ligeira nos itens “levar a cabo uma tarefa única (quando as atividades são do interesse do aluno, este fá-las sozinho) (d210) e “levar a cabo tarefas múltiplas” (d220). Não obstante, e confirmando os testemunhos da PR1 aquando da entrevista, nos fatores ambientais, mais concretamente no capítulo de apoio e relacionamentos destaca-se dois aspetos facilitadores substanciais, a “família próxima” (e310) e pessoas em posição de autoridade (e330). Neste âmbito assinalam-se também as “atitudes individuais dos membros da família próxima (e360). Em suma, o resultado final da avaliação especializada indica que o AL1 manifesta necessidades educativas especiais de carácter permanente e de natureza intrínseca e que, por este motivo, o seu processo educativo deve ser adaptado às suas especificidades, designadamente ao nível da implementação de respostas educativas que devem ser devidamente contextualizadas no seu PEI.

23.3.8 Respostas educativas fornecidas ao AL1

Perante todas as evidências acumuladas foi elaborado um PEI, que integra o perfil completo de funcionalidade obtido por referência à CIF, discrimina a distribuição de atividades e apoios

que o aluno deve usufruir, assim como objetivos, estratégias, recursos humanos e materiais a utilizar no processo de ensino e, em particular, as medidas educativas a adotar. Este PEI contempla as seguintes medidas educativas: 1) apoio pedagógico personalizado nas disciplinas de português, matemática e estudo do meio; 2) adequações curriculares individuais; 3) adequações no processo de avaliação; e 4) adequação da turma.

- 1) Neste particular há a destacar o reforço das estratégias utilizadas ao nível da organização, espaço e das atividades (i.e., implementação de estratégias e atividades que possibilitam ao aluno a aquisição dos conhecimentos, como por exemplo jogos didáticos e histórias); o estímulo e reforço das competências e aptidões envolvidas na aprendizagem (i.e., reforçar e relembrar os conteúdos lecionados na turma, diversificando as estratégias para uma melhor aquisição por parte do aluno); antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos (ao nível da persistência na atenção/concentração e autonomia do trabalho) e, por último, o apoio psicológico no contexto escolar.
- 2) Relativamente às adequações curriculares individuais realça-se a introdução de áreas curriculares específicas (e.g., proporcionar trabalho de par/cooperativo, trabalho de grupo, solicitar ao aluno tarefas que seja efetivamente capaz de realizar, ajustar a extensão das tarefas, introdução sequencial de tarefas que representem um desafio) e a introdução de objetivos e conteúdos intermédios (i.e., adequações nos objetivos, conteúdos, estratégias e atividades, mantendo como padrão o currículo comum).
- 3) Em relação a esta medida damos nota do tipo de provas a utilizar (e.g., adaptações nas fichas de avaliação ou trabalhos – informação curta, simples e sequencial, instruções claras; questões com ajuda da evocação da informação – respostas múltiplas, ligação de conceitos, ordenar frases, facultar exemplo antes do conjunto de questões; e suporte à resolução do instrumento de avaliação – leitura da prova, inicial ou à medida da sua resolução). Simultaneamente assinalam-se as condições da avaliação (i.e., valorizar a oralidade), a periodicidade (realização de um maior número de provas avaliativas, mais pequenas, durante cada trimestre), duração (i.e., prolongamento do tempo necessário à realização das fichas e testes) e o local de execução (i.e., junto ao docente ou na sala de apoio com o professor especializado).
- 4) Finalmente, a adequação da turma, em concreto a inserção do aluno numa turma reduzida.

Importa, contudo, reforçar que o conjunto das medidas anteriormente descritas será implementado apenas a partir do ano letivo 2015/2016, não tendo o AL1 desfrutado destas

condições no decorrer de 2014/2015. Apesar disto, quando questionada acerca da utilização de uma pedagogia diferenciada de ensino em sala de aula com o AL1, a PR1 enunciou um conjunto de estratégias que visam principalmente a modificação da atribuição das tarefas (i.e., a organização de tarefas mais curtas, bem definidas e sequencializadas), os materiais e formatos de apresentação das tarefas (e.g., o recurso a imagens), a organização do ambiente físico da sala de aula (e.g., sentar o aluno perto do professor), o reforço positivo/feedback constante e o ensino mais individualizado. Nas palavras da própria, “em termos de trabalho prático, fasear as tarefas, ou seja, eu com o AL1 fiz um trabalho, eh, diferente, enquanto com os outros alunos fui até ao 100, com o AL1 fui até ao 50, trabalhava a dezena com imagens, no caderno dele, sem fichas e sem manual... no cadernos eu fazia os desenhos daquilo que eu pretendia, quero contagens, então fazia desenhos, bolinhas o aluno contava e fazia adições, subtrações ... decomposição das tarefas e usar material manipulável.” Acrescentou ainda “muito reforço, e dizer tu és capaz, confia em ti, tá ótimo, continua, reforço e feedback constante, por isso o AL1 parava muito à frente de mim, precisa muito de estar ao pé de mim ... sentava-se ali ao meu lado e o feedback era constante e ele fazia, reagia positivamente, portanto foi mais ou menos desta forma que eu fui trabalhando.”

À margem da intervenção de âmbito pedagógico, mas diretamente relacionado com o seu rendimento académico e comportamental, já foi referido que o AL1 recebe tratamento psicofarmacológico. Na perspetiva da professora, esta opção acarreta vantagens e desvantagens. No plano académico, “objetivamente melhorou muito o desempenho do menino, e a tranquilidade dele, melhorou muito a sua qualidade enquanto estudante, em termos de concentração, em termos de prestação, ele começou a querer trabalhar”. Porém, “o menino ficou um bocadinho apagado”. Por outro lado a medicação parece ter algum efeito na interação que o AL1 estabelece com os outros. Segundo a PR1 quando não está medicado “o menino brinca, o menino pula, o menino fala como os outros, fala mais alto, pronto, e eu adoro ver o AL1 assim, foi o que eu disse à mãe, mas efetivamente o aluno assim não se concentra.” Na EVDPP a PR1 indicou que o AL1 melhora os itens avaliados sempre que se encontra medicado.

23.3.9 Caraterização geral do aluno 2 (AL2)

O AL2 tem 9 anos, é do sexo masculino e concluiu o terceiro ano de escolaridade no período letivo 2014/2015. Vive com os seus pais e tem uma irmã de 1 ano de idade. De acordo com o que é descrito pela professora (PR2), é proveniente de uma família da classe média superior.

Os pais mostram-se muito interessados e envolvidos na educação do seu filho, estando plenamente conscientes da sua problemática. No PIA consta a indicação que o AL2 exibe um quadro de uma “Perturbação Disruptiva de Comportamento”, que se caracteriza por comportamentos de hiperatividade-impulsividade, desatenção e oposição, diagnóstico realizado em abril de 2011, por um pedopsiquiatra e um psicólogo. Um outro relatório, datado de março de 2015, realizado numa entidade distinta (também esta externa à escola que o AL2 frequenta) refere que o aluno foi diagnosticado com PHDA (sem especificação do tipo de apresentação), com questões de comportamento graves associadas. Desde 2011 que se encontra a receber terapia psicofarmacológica, informação confirmada na EVDPP e na entrevista realizada com a sua professora. No protocolo de avaliação psicológica realizado não há qualquer referência a avaliação cognitiva e ou do desempenho neuropsicológico, fazendo-se apenas alusão a desempenho pedagógico de um nível satisfatório.

De acordo com a EVDPP, o AL2 apresenta características para um diagnóstico comórbido de PHDA (apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva) e perturbação de desafio/oposição e ou do comportamento, assim como problemas na aprendizagem (PA), mas principalmente problemas comportamentais (PC).

23.3.10 Competências académicas do aluno 2

Os diferentes dados recolhidos não apontam dificuldades dignas de relevo neste domínio. Com efeito, o AL2 obteve a classificação “acima da média” para os itens da matemática e leitura da subescala do PA da EVDPP, denotando apenas “algum problema” na expressão escrita. Nas palavras da PR2 “ele é um menino que apresenta, eh, um desenvolvimento cognitivo elevado, portanto é um menino que eu considero bom aluno, um bom aluno a todos os níveis, a grande dificuldade que ele tem é ao nível da escrita, embora ele tenha uma escrita perfeita, tudo o que ele faz faz perfeito, o problema é o tempo que leva a fazer e as vezes que se demite de o fazer, sim, de não levar a tarefa até ao fim. Nas fichas de avaliação é um menino que apanha sempre 85, 87, 92, 93%”.

Segundo a sua professora o AL2 “foi dos primeiros meninos a começar a ler na sala, a ler, depois a parte da escrita foi um processo muito mais moroso que os outros alunos todos da turma” e “na matemática então ele destaca-se dos restantes colegas, quer seja a nível de interpretação de problemas, ele identifica logo estratégias que pode utilizar para resolver e

muitas vezes nos problemas ele erra porque ele não apresenta cálculos que é para não ter de escrever e só apresenta a resposta, mas a resposta certa”.

Salienta-se ainda o facto de o AL2 não ter tido até ao momento qualquer retenção escolar, segundo descrição do percurso escolar presente no PEI.

23.3.11 Caraterísticas comportamentais do aluno 2

A primeira avaliação do AL2, consubstanciada no relatório de avaliação psicológica anexado no PIA, indica um perfil comportamental que se traduz pela presença frequente de sintomas de hiperatividade, impulsividade, desatenção e oposição, nomeadamente: evita tarefas que requeiram um esforço mental; distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; fala em excesso; anda ou atua como se estivesse ligado a um motor; precipita respostas antes que as perguntas sejam feitas; interrompe ou interfere nas atividades do outro; não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido; tem dificuldade em manter a atenção; tem dificuldade em organizar tarefas e atividades; encoleriza-se; discute com os adultos; desafia ou recusa a cumprir pedidos ou regras; culpa os outros dos seus erros; e sente raiva ou está ressentido. Os dados da EVDPP, além das caraterísticas anteriormente descritas, apontam outros sintomas de hiperatividade/impulsividade (i.e., mexe constantemente as mãos ou pés ou não para quieto/a na cadeira; levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que devia permanecer sentado/a; tem dificuldade em esperar pela sua vez) e alguns comportamentos caraterísticos de perturbação de desafio/oposição e do comportamento (e.g., perde o controlo; assusta, ameaça ou intimida os outros). Quando questionada acerca dos problemas comportamentais do AL2 em sala de aula a PR2 salientou os seguintes aspetos: “muito pouco autónomo, ou seja, precisa muito mais do meu apoio para concretizar as tarefas, e de normalmente mais tempo para terminar as tarefas”; “não consegue estar sentado muito tempo, mexe-se mesmo muito na mesa, na cadeira, deixa cair muitas vezes coisas no chão para ir buscar porque sente aquela necessidade de se levantar e de se movimentar”; e “irrequieto, muito conversador vira-se para a frente, vira-se para trás chama os da frente chama os de trás, destabiliza um bocadinho.” Perante estes testemunhos não é de estranhar que na subscala dos problemas de aprendizagem (PA) da EVDPP tenha obtido a classificação de “algum problema” nos itens “Cumprimento de ordens/regras”, “Perturbação das aulas”, “Capacidade de Organização” e de “problemático” no item “conclusão de tarefas”.

O produto das diferentes fontes consultadas apresenta vários pontos convergentes, em particular a ênfase num padrão comportamental que se caracteriza essencialmente por

impulsividade, agitação motora, hostilidade, irritabilidade, sintomas de oposição/desafio e baixa tolerância à frustração. Num dos relatórios de avaliação psicológica contemplados no PIA há mesmo a seguinte descrição: “Com maior expressividade a criança revela sintomas opositivos e de impulsividade que concomitantemente com a hiperatividade aumentam a probabilidade da criança não tolerar a frustração”.

23.3.12 Relacionamento do aluno 2 com os pares

Não há qualquer referência no seu processo avaliativo em relação ao comportamento adaptativo, designadamente no domínio da socialização. Existe, porém, menção a certas especificidades comportamentais que poderão estar na génese das complicações de relacionamento interpessoal, nomeadamente: “observamos na criança um temperamento negativo e hostil com fraco autocontrolo emocional e dificuldade em regular o seu próprio comportamento”. Com efeito, as evidências recolhidas aludem dificuldades neste âmbito. Na realidade, o AL2 foi classificado na EVDPP com algum problema no “relacionamento com os colegas”. A sua professora explica que esta questão é amplificada no recreio, e em função do tipo de brincadeiras. De uma forma geral, o AL2 “é muito impulsivo, ou seja, se as coisas não forem como ele quer é possível que bata num deles, tem de ser sempre o primeiro a fazer as coisas” e “tem um índice de agressividade muito alto, se for num jogo de futebol é normal porque todos dão com mais força na bola, ou se calhar não acertam na bola, mas se for num jogo, eh sei lá, de cartas, se for num jogo carrinhos, uma brincadeira de montar legos, se ele não for o primeiro está tudo estragado, o que é que acontece quem gosta destas brincadeiras são crianças muito calmas, muito meigas, mais serenas, e que depois sentem algum receio de o chamar para as brincadeiras”. Em suma “há alguns que o adoram mas há outros que, têm algum receio em brincar com ele por causa da sua agressividade”. A PR2 refere mesmo que esta situação por vezes origina episódios de baixa autoestima no AL2.

23.3.13 Contexto educativo onde está inserido o AL2

Trata-se de uma escola privada que se localiza na cidade de Ponta Delgada, em São Miguel. Tem 132 alunos, dos quais 79 pertencem ao 1.º ciclo do ensino básico e os restantes integram o pré-escolar. Estes alunos são maioritariamente provenientes de meios socioculturais favorecidos. Uma das particularidades que foi possível observar relativamente às restantes escolas públicas é o ambiente muito familiar no seio escolar, entre alunos e professores, entre

colegas de trabalho e no relacionamento com os pais dos alunos. Possui um quadro docente estável, composto por quatro professores do 1.º ciclo, dois educadores de infância e um professor de inglês. Além disso, dispõe a tempo parcial de um professor de educação física, um professor de educação musical e um psicólogo, mas não tem qualquer professor de educação especial. O tema escolhido para o seu Projeto Educativo Escolar de 2014/2015 foi “Educar para os valores humanos, cristãos e ecológicos”, onde estão implícitos alguns princípios da escola inclusiva e que estão consagrados principalmente num dos seus objetivos que passa por “Assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades.”

23.3.14 Práticas educativas adotadas com o AL2

O AL 2 ingressou na escola com 4 anos, onde atualmente se encontra. De acordo com a PR2, e segundo consta no seu processo, foi neste período que a educadora de infância o sinalizou como uma criança diferente das outras, principalmente por causa do excesso de energia e da sua agressividade, tendo-o encaminhando para uma avaliação feita pelo psicólogo escolar. O resultado desta avaliação foi um diagnóstico de PHDA. Após o diagnóstico, os pais do aluno decidiram requerer mais duas avaliações especializadas independentes a entidades externas à escola. Os relatórios de cada uma das avaliações realizadas foram entregues à escola, um em abril de 2011 e o outro em março de 2015.

Nos dois documentos está explícito o diagnóstico da PHDA e a necessidade de adaptação do processo de ensino e aprendizagem do AL2, nomeadamente o enquadramento nas medidas de Apoio Educativo adequadas ao seu perfil individual.

Simultaneamente assinala-se a importância da implementação de um programa de intervenção que incida na gestão e controle das emoções e comportamentos.

Esta informação foi analisada pelo psicólogo escolar que, com o auxílio do professor titular de turma, fez a avaliação do aluno por referência à CIF e conseqüentemente elaborou o seu PEI.

23.3.15 Perfil de Funcionalidade (AL2)

De acordo com os registos presentes no relatório Técnico Pedagógico, o AL2 foi avaliado por referência à CIF no final do seu 2.º ano de escolaridade (ano letivo 2013/2014), tendo sido preenchida a *checklist*, e confirmando-se a necessidade de integração no Regime de Educação

Especial. No âmbito das funções do corpo foi identificada uma deficiência moderada nas funções do temperamento e da personalidade (b126) e de atenção (b140). Relativamente ao domínio da atividade e participação, designadamente na aprendizagem e aplicação de conhecimentos, o AL2 denotou deficiência moderada em concentrar a atenção (d160) e dirigir a atenção (d161). Por sua vez, no que respeita às tarefas e exigências gerais o AL2 evidenciou deficiência moderada em lidar com o stress e outras exigências psicológicas (d240). No capítulo das interações e relacionamentos interpessoais (d720) foi classificado com tendo deficiência ligeira, o mesmo indicador obtido ao nível das áreas principais da vida, especificamente na educação escolar (d820). Por último, os medicamentos (e110) e os profissionais da saúde (e355) foram considerados facilitadores completos em relação a fatores ambientes que desempenham um papel importante no desenvolvimento do AL2.

A conclusão final da avaliação foi a de que o AL2 apresenta características de índole endógeno e permanente, que implicam uma adaptação do seu processo educativo, nomeadamente a implementação de respostas educativas específicas que deverão ser devidamente operacionalizadas consoante o determinado no seu PEI.

23.3.16 Respostas educativas fornecidas ao aluno 2

Todas as medidas educativas necessárias ao sucesso académico do AL2 estão contempladas no seu Projeto Educativo Individual (PEI), elaborado para três anos letivos (2013/2014; 2014/2015 e 2015/2016) que é alvo de avaliação periódica, em concreto no final de cada trimestre e obrigatoriamente no final do ano através do relatório Circunstanciado de Avaliação do PEI. Neste documento é possível constatar que as adaptações realizadas no seu processo de ensino dizem respeito a adequações no processo de avaliação, nomeadamente: (i) condições de avaliação (i.e., caso o aluno cometa erros de ortografia, como omissão ou substituição de letras, sílabas ou outro, estes não deverão ser contabilizados aquando da correção de provas de avaliação); (ii) periodicidade (i.e., realização de um maior número de provas avaliativas durante cada trimestre – com menos matéria ou no final de cada matéria abordada); (iii) duração (prolongamento do tempo necessário à realização de fichas/testes/provas/atividades, caso se justifique) e (iv) instrumento de avaliação e certificação (avaliação de acordo com o ciclo que integra, com possibilidade de retenção e certificação por Diploma de acordo com as normas de legislação em vigor).

Adicionalmente são mencionados outros apoios ao nível dos serviços de psicologia (i.e., psicologia educacional) e de serviços exteriores à escola (i.e., consulta de pedopsiquiatria e

psicologia clínica), que, apesar de não estarem contextualizados desta forma no PEI, se enquadram na medida de apoio pedagógico personalizado (i.e., reforço e desenvolvimento de competências específicas).

O parecer da análise às respostas educativas implementadas, descrito no relatório circunstanciado de avaliação do PEI do ano letivo 2014/2015 foi bastante favorável, pelo que a proposta de encaminhamento para o ano subsequente resultou na manutenção das respostas educativas do Regime de Educação Especial consideradas.

A maior parte das medidas educativas impostas no PEI do AL2 são da responsabilidade do professor titular de turma. Na verdade, quando confrontada durante a entrevista se utilizava alguma estratégia de ensino diferenciada em sala de aula com o seu aluno diagnosticado com PHDA, a PR2 começou por dizer “o que é que eu faço eu adequo a avaliação dele, eu, eh, naqueles dias que eu noto que ele não vai conseguir concretizar, eh, as atividades, eu faço a avaliação daquelas atividades oralmente, e aí ele é um aluno que apanha sempre bom + ou muito bom, estamos a falar a nível de fichas que ele tem mais tempo para acabá-las”, portanto, genericamente referiu que operacionaliza aquela que é a matriz da proposta de adaptação de ensino para o AL2 que passa pela adequação da avaliação.

Além disso, mencionou outro tipo de estratégias como o reforço positivo, ensino direto e a utilização das novas tecnologias. Com efeito, principalmente nos dias em que o AL2 se encontra mais distraído ou agitado, a PR2 refere que o reforço é essencial: “vai lá hoje tens de te esforçar mais um bocadinho, olha estás a ver tu ontem fizeste tudo tão direitinho hoje isto não está tão bem, vamos apagar, vamos fazer melhor, tu és dos meninos mais inteligentes da sala, a gente tem de dar sempre um reforço maior nestes dias porque se sabe que se não a frustração é que o vai dominar e aí é que ele não vai fazer nada! mesmo.” Por outro lado, a PR2 diz que “quando está a trabalhar com o computador, com o quadro interativo ou com estas novas tecnologias e ele tem uma grande apetência para isso, e ele sente-se muito mais motivado e dá o seu melhor”. Não obstante, nota que o AL2 precisa de uma monitorização mais efetiva, “é muito menos autónomo e portanto necessita muito da minha presença, e quando engata às vezes um simples olhar eu vejo logo que ele precisa de ajuda, e às vezes é uma coisa tão simples como ajudá-lo a apagar porque aquilo não está a correr bem, ou a palavrinha que falta eu aponto e ele faz”.

Adicionalmente, segundo consta no PEI, é da responsabilidade da psicóloga educacional da escola, em colaboração com a PR2, a implementação e monitorização de um programa de intervenção psicológica assente em três aspetos essenciais: (i) promoção cognitiva das competências executivas (treino de autoinstruções e resolução de problemas); (ii) promoção

sócio-emocional ao nível da gestão e autorregulação e (iii) redução dos comportamentos disruptivos e substituição dos comportamentos disfuncionais por comportamentos protetores. Essencialmente, algumas das sugestões presentes nos relatórios de avaliação psicológica contemplavam as seguintes estratégias:

- Uso do elogio contingente ao esforço e descentrado do resultado final;
- Promoção de diálogo individualizado com o aluno acerca de assuntos do seu interesse, que não somente o escolar;
- Criação de momentos na rotina de sala de aula que validem a heteroavaliação positiva do aluno;
- Definição de regras explícitas, assim como as suas consequências;
- Uso de comportamentos não-verbais (e.g., olhar nos olhos, ignorar, etc.);
- Contrato comportamental onde são definidos privilégios pelas conquistas alcançadas e consequências por incumprimento.

Por último, é importante focar outro tipo de tratamento adotado com o AL2, desta feita farmacológico. Na opinião da sua professora, a medicação “é fundamental, porque aquelas primeiras horas do dia em que a medicação está a fazer mais efeito são fundamentais para ele poder acompanhar os seus colegas e ter um desempenho bom, que é o nível dele, ou seja, já houve situações em que ele veio para a escola sem tomar a medicação e que a prestação dele ficou muito prejudicada”. Por outro lado, “o comportamento dele mantém-se sempre mais ou menos, porque ele é uma criança que dentro da sala respeita as regras, as poucas vezes que não as respeita pode ou não estar medicado, tanto faz, mas, em termos de, de, eh... desenvolver as tarefas que são apresentadas, nos dias em que ele está medicado ele consegue fazer tudo ao seu nível cognitivo, nos dias em que ele não está medicado ele não consegue fazer praticamente nada ... e ele fica angustiado por não conseguir fazer, angustiado e revoltado”. De acordo com a informação da EVDPP há uma melhoria dos itens que foram classificados quando o aluno está medicado.

Todas as estratégias acima reproduzidas têm-se revelado acertadas e benéficas para o AL2, pelo que no relatório circunstanciado de acompanhamento do PEI há a indicação para a sua manutenção do ano letivo 2015/2016.

23.3.17 Caracterização geral do aluno 3 (AL3)

O AL3 tem 8 anos, é do sexo masculino e ficou retido no segundo ano de escolaridade no período letivo 2014/2015. Vive com a mãe e os irmãos (um irmão e uma irmã). O pai não integra o agregado familiar. No PIA há a indicação que o irmão também é “hiperativo” e está abrangido pelo REE, e de que a irmã está a ser avaliada pelo núcleo do REE. De acordo com a sua professora (PR3), estamos perante um ambiente familiar desestruturado. Ainda que a mãe tente acompanhar o percurso escolar do AL3, é, no entanto, uma pessoa com poucas qualificações académicas e que revela algumas dificuldades em perceber corretamente todas as dimensões da problemática do seu filho e do seu impacto nos diferentes contextos. A PR3 refere mesmo que o AL3 é o preterido da família e que é alvo de constantes comparações com os irmãos, a mãe usa-o sempre como um exemplo negativo, algo que o AL3 interiorizou e que o torna extremamente inseguro.

O AL3 foi avaliado por profissionais de uma entidade externa à escola, onde é acompanhado nas consultas de terapia da fala, psicomotricidade e psicologia desde o ano letivo 2012/2013. Segundo informação presente nos relatórios avaliação clínica foi-lhe diagnosticada uma “Perturbação Articulatória”, PHDA e “Perturbação Oposicional”, tendo iniciado tratamento com metilfenidato (Rubifen 10mg; 1 cp após pequeno almoço + ½ após o almoço) em maio de 2014. No seu PEI refere-se que o aluno tem PHDA (embora sem especificação da apresentação).

Do que foi possível apurar nos relatórios presentes no PIA do aluno, não se vislumbrou nenhuma referência a avaliação cognitiva e ou do desempenho neuropsicológico no protocolo de avaliação realizado.

O resultado do preenchimento da EVDPP indicou que o AL3 reúne os critérios para um diagnóstico comórbido da PHDA (apresentação combinada) com PDO/PC, e manifestas dificuldades nos domínios do comportamento e aprendizagem (PA e PC).

23.3.18 Competências académicas do aluno 3

O relatório de retenção do aluno do ano letivo de 2012/2013 revela muitas dificuldades na aquisição de conhecimentos. Objetivamente refere-se que o AL3 demonstra problemas na discriminação auditiva em relação à consciência da rima e da sílaba, possui vocabulário pobre (insuficiente para a compreensão de estruturas complexas e para o complemento de frases) e

lacunas na definição da grafomotricidade e direcionalidade da escrita. Por sua vez, no relatório circunstanciado de acompanhamento do PEI referente ao ano letivo 2014/2015, são enumeradas as dificuldades evidenciadas pelo aluno ao longo do segundo ano de escolaridade em cada uma das competências acadêmicas básicas, nomeadamente: Português - distinção dos ditongos, consoantes, na leitura e escrita de frases; Matemática – mostra algum cálculo mental, consegue realizar contagens progressivas e regressivas, ordenar números por ordem crescente/decrescente, contudo, precisa de mais treino na tabuada e resolução de situações problemáticas, para superar as suas dificuldades nestes domínios. Na entrevista realizada a PR3 disse que o AL3, em relação ao seu rendimento académico, “sente maiores dificuldades, sem dúvida, para o esperado para a faixa etária, até porque também é um menino que tem algum comprometimento cognitivo, não é, eh... sem dúvida nenhuma no português, a leitura está a ser uma dificuldade muito grande, conseqüentemente a escrita... na matemática, ele é um aluno que gosta de tudo o que for mais imediato, e até tem algum cálculo mental e algum raciocínio, tudo o que for mais imediato, que façamos tipo um jogo ele alinha...se você estiver aqui num jogo oral com eles a fazer contagens de 10 em 10 ou de 20 em 20, regularidades, sequências, ou assim, ele participa...se lhe derem a mesma tarefa transcrita para uma ficha, pronto... é muito melhor na oralidade do que na escrita, sem dúvida”. Na mesma linha, a classificação registada na EVDPP aponta dificuldades problemáticas na leitura e expressão escrita, e algum problema na matemática.

23.3.19 Características comportamentais do aluno 3

De acordo com a informação proveniente dos relatórios de avaliação psicológica presentes no PIA, o AL3 apresenta uma baixa tolerância à frustração quando confrontado com as dificuldades e com frequência denota comportamentos de oposição (e.g., atitudes negativistas e desafiadoras acompanhadas por uma teimosia persistente e resistência às regras/ordens e figuras de autoridade). Além disso, o seu perfil comportamental é marcado por desatenção e fraca capacidade de concentração, índices elevados de impulsividade e agitação motora. De facto, os resultados da EVDPP denunciam que o AL3 manifesta os três principais indicadores da PHDA (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade), tanto que foi classificado como tendo comportamentos frequentes ou muito frequentes nos 18 sintomas que constituem os critérios do DSM-IV/EVDPP, com particular incidência nos 9 sintomas de desatenção. Simultaneamente, nos comportamentos de PDO/PC evidenciou de forma persistente 5 dos 10 sintomas que compunham esta subescala. A PR3 afirma que os sintomas mais problemáticos

são “os períodos de atenção e concentração muito curtos, muito curtos que não se coadunam com as exigências das metas atuais, não se coadunam de forma alguma, eh, a atenção muito dispersa, não é, o ser uma criança muito focada apenas naquilo que gosta”. Simultaneamente, a irrequietude acoplada a atitudes extemporâneas e disruptivas são uma constante, principalmente quando se trata de atividades escolares que requerem maior capacidade de atenção/concentração e que não são do seu interesse/motivação. Nas palavras da PR3, o AL3 “é um aluno que se não quer e não lhe apetece é capaz de tudo, rasgar cadernos, rasgar livros, eh, pronto, falar alto, atirar coisas ao ar, pronto... se são atividades que requerem mais atenção, mais concentração, o que é que eu noto, brincar constantemente com o material escolar, não conseguir estar com o rabo na cadeira, digamos assim, indo perturbar os colegas do lado, tentar puxar a conversa de um, atirar uma coisa para o outro... todo o dia”. Assinala-se que o AL3 obteve a classificação de problemático em todos os itens da subescala do desempenho comportamental em sala de aula da EVDPP, à exceção do “relacionamento com os colegas” (i.e., cumprimento de regras/ordens; perturbação das aulas; conclusão das tarefas e capacidade de organização). Contudo, segundo a professora, “o comportamento dele depende muito da dinâmica da atividade realizada, pronto, é um menino que se for numa atividade mais prática, eh, mais dinâmica, que se comporta muito melhor, não é, e que o comportamento dele é muito mais ajustado porquê, porque tem mais liberdade no espaço, pode estar de pé, pode circular e isso faz também com que ele extravasa aquilo de alguma forma”.

Acresce ainda que é um aluno muito pouco autónomo, inseguro e com baixa autoestima, a PR3 nota “um bocadinho de receio sempre em tentar, não é, um bocadinho de autodepreciação de eu não vou conseguir porque é que eu hei de tentar, do género não vale a pena porque eu não sou bom nisso ou eu não sou capaz, noto isso e uma muito baixa autoestima”.

23.3.20 Relacionamento do aluno 3 com os pares

No PIA não são reportados problemas graves neste aspeto, pelo que se assume que o AL3 possui um relacionamento normal com os seus colegas, aliás, a classificação “média” no item “relacionamento com os colegas” da subescala PC da EVDPP traduz esta evidência. Além disso, segundo a sua professora trata-se de “um menino afetuoso”. Não obstante, alguma imaturidade, infantilidade, assim como relutância em assumir os seus atos poderão originar pequenos episódios de conflitualidade com os colegas. Segundo a PR3 “é muito infantil, gosta

muito de um brinquedinho, de um miminho, de uma coisinha e isso faz também que nem todos os colegas gostem dele, estão quase todos na fase do gostar de jogar futebol e raparigas no recreio, e ele muitas vezes acaba por brincar com crianças mais novas”. Por outro lado, “ele nunca aceita as consequências dos seus atos, o que muitas vezes faz com que haja conflitos, não é, por ele ter feito qualquer coisa os colegas verem, dizerem que foi ele e ele tentar dizer que foi o outro e às vezes nota-se ali alguns conflitos, algumas dificuldades de relacionamento”.

23.3.21 Contexto educativo onde está inserido o aluno 3

A escola é um dos cinco estabelecimentos do ensino básico da rede pública que integram um agrupamento escolar do concelho de Ponta Delgada, num espaço geográfico com características suburbanas. Por se tratar do mesmo agrupamento escolar a que pertence o Aluno 1, os documentos orientadores (i.e., PCE e PAE) são os que já foram descritos anteriormente. De acordo com os dados registados no PAE existem 10 turmas do 1.º ciclo do ensino básico e 184 alunos, dos quais 19 têm apoio educativo e 31 apoio especializado – Núcleo de Educação Especial, sendo a escola do agrupamento com a maior taxa de prevalência de alunos com NEE.

23.3.22 Práticas educativas adotadas com o aluno 3

O AL 3 frequentou durante dois anos o jardim de infância, tendo beneficiado de adiamento da matrícula. No ano letivo 2012/2013 foi encaminhado para uma entidade externa onde é seguido desde então nas especialidades de Terapia da Fala e Psicologia. Durante este período foi integrado no Regime Educativo Especial. No ano letivo 2013/2014, já com 7 anos, frequentou o 1.º ano de escolaridade nesta escola e começou a ser acompanhado pelo núcleo de educação especial.

23.3.23 Perfil de Funcionalidade do aluno 3

De acordo com os registos presentes no PIA, o AL3 foi avaliado por referência à CIF no final do mês de novembro de 2013, momento em que foi também elaborado o seu PEI.

O seu perfil de funcionalidade é marcadamente afetado na componente emocional e da atenção. No domínio das funções do corpo, o AL3 mostrou uma deficiência moderada nos ao

nível das funções da atenção (b140), e grave nas funções emocionais (b152). No âmbito da “atividade e apresentação” apresentou deficiências moderadas nos itens concentrar a atenção (d160) e dirigir a atenção (d161); assim como em lidar com o stress e outras exigências psicológicas (d240) e no controlo sobre o seu comportamento (d250) obteve a mesma classificação. Com efeito, o AL3 enquadrou-se na tipologia das NEE relacionada com o domínio emocional/personalidade.

23.3.24 Respostas educativas fornecidas ao aluno 3

Na sequência da avaliação efetuada, e da necessidade de adaptação do processo de ensino do aluno, foi elaborado um PEI, que foi homologado em finais de janeiro de 2014. Este documento contempla um conjunto de medidas que visam a melhoria da performance académica/comportamental do AL3, especificamente: (i) apoio pedagógico personalizado (a cargo do docente de EE) - ao nível do reforço das atividades; estímulo e reforço das competências e aptidões envolvidas na aprendizagem e o reforço e desenvolvimento de competências específicas (i.e., terapia da fala, apoio psicológico e psicomotricidade); (ii) adequações curriculares – individuais ao nível da introdução de objetivos e conteúdos intermédios (viz., tarefas mais simples e estruturadas no português e na matemática) e (iii) adequação da turma – redução de turma.

Além das medidas acima descritas, segundo que o se concluiu da entrevista realizada, o AL3 beneficiou de algumas estratégias de ensino diferenciadas implementadas pela PR3 em contexto de sala de aula, em particular:

- Sentar o aluno na fila da frente, sozinho ou junto de um colega calmo (“ele está sentado na fila da frente, eh, regra geral, ou está numa mesa sozinho ou está com uma criança muito calma, e que não se deixe perturbar ao lado dele... se estiver atrás vê tudo o que os outros estão fazendo e é tudo um foco de distração, se estiver à frente os focos de distração sou eu e o quadro, é mais fácil de controlar”);
- Fasear as tarefas (“proponho as tarefas passo a passo, digamos assim, não proponho na íntegra não é, eh, se é a transcrição do texto do quadro ou de uma coisa assim mais numerosa, enquanto que os outros são capazes de esperar e fazer no fim, a ele foi deixando fazer aos bocadinhos eh...”);
- Diversificar a apresentação das tarefas (“fiz também fichas de avaliação em muitas situações diferenciadas privilegiando as escolhas múltiplas, os verdadeiros e falsos, a

associação, porque sei que tudo o que requer escrita eh, pronto, ele desmotiva e tem muita mais dificuldade, não é”);

- Apoio educativo dentro da sala de aula (“optei pelo apoio de que ele beneficiava, optei por fazê-lo dentro da sala de aula, pronto, porque também notei que era um fator de... de stress quando ele entrava a meio de uma tarefa, ou que não sabia o que se estava a fazer era muito difícil canalizar a atenção dele e conseguir que se acalmasse e que participasse no trabalho que estava a ser feito”).

No seu PIA há ainda a indicação de que a medicação psicoestimulante faz parte do plano de tratamento/intervenção do AL3, iniciativa que vigora desde finais de maio de 2014. A PR3 sinalizou na EVDPP que quando o aluno está medicado melhora os itens avaliados e que nota sempre quando não toma a medicação. Na realidade, a PR3 referiu na entrevista que “nos dias em que ele não toma agente consegue perceber logo à entrada, logo à entrada, ele vem logo com um olhar mais alheado, digamos assim, vem mais desassossegado e parece que revoltado” e que “quando está medicado vem mais colaborativo, mais participativo, é claro que aquilo não dura todo o dia nem faz milagres, obviamente que não, não se eliminam os sintomas não, nada disso, pronto, mas fica uma criança mais dócil em contexto de sala... noto que não tem reações tão exacerbadas e em relação à aprendizagem, ou seja, se controla um bocadinho neste domínio, não é, é mais favorável ao trabalho que se faz com ele”.

Não obstante, o resultado da implementação dos procedimentos acima descritos não se revelou suficiente, após análise ao percurso desenvolvido pelo AL3 ao longo do ano letivo 2014/2015. No relatório circunstanciado de acompanhamento do PEI é salientado que o aluno continua a evidenciar níveis reduzidos de atenção/concentração, assim como alguma agitação. É também referida a persistência no incumprimento das regras da sala de aula, a pouca autonomia e incapacidade para finalizar os trabalhos dentro do tempo estipulado. Talvez por tudo isto permanecem as dificuldades académicas, essencialmente no português e matemática, acrescidas de falta de interesse e empenho para a realização das tarefas escolares. Perante este quadro foram propostas alterações no seu PEI, em particular no que respeita às respostas educativas do REE, nomeadamente: (i) apoio pedagógico personalizado (da competência do docente de EE, técnico especializado e educador de infância/professor titular de turma) – acrescentou-se o reforço de estratégias ao nível da organização (i.e., desenvolver estratégias para reforçar as capacidades de organização, compreensão e de execução das tarefas) e a antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos; (ii) adequações curriculares – individuais (i.e., introdução de áreas curriculares específicas; a português e matemática) e a inserção do aluno numa turma com Projeto Curricular Adaptado (1.º ciclo nível I/II) e (iii)

adequações no processo de avaliação – em relação ao tipo de provas (simplificadas e diferenciadas), das condições de avaliação (privilegiar a oralidade), periodicidade (maior número de vezes), duração (30 minutos extra) e do local de execução (sala de aula).

23.3.25 Caracterização geral do aluno 4 (AL4)

O AL4 tem 9 anos, é do sexo masculino, fez três anos de pré-escolar e ficou retido no primeiro ano de escolaridade no período letivo 2012/2013. Segundo a professora (PR4) o AL4 vive com os pais e a irmã, que frequenta a mesma escola (pré-escolar) e apresenta características comportamentais semelhantes ao irmão. Embora os pais sejam pessoas com baixas qualificações são muito preocupados e assíduos no acompanhamento escolar do filho. De acordo com a informação disponível no relatório técnico-pedagógico, o AL4 foi avaliado pela equipa especializada da escola que frequentava (docente de educação especial e psicólogo) no ano letivo 2011/2012, tendo sido proposto para apoio educativo especializado por dificuldades ao nível da linguagem e interação social, e encaminhado para consulta de especialidade (externa à escola) por suspeita de PHDA. Com efeito, em setembro de 2013 foi concluído o processo de avaliação psicológica tendo sido confirmado um diagnóstico de PHDA (apresentação predominantemente combinada), embora o relatório da avaliação psicológica enviado para a escola não mencione nenhuma avaliação cognitiva e ou do desempenho neuropsicológico. Este quadro despoletou avaliações em outras especialidades, nomeadamente em terapia da fala e psicomotricidade. No PIA (i.e., nos relatórios de avaliação clínica) não há qualquer indicação de tratamento farmacológico, apesar de a progenitora ter confidenciado à PR4 esta situação. Segundo os critérios da EVDPP o AL4 apresenta as características necessárias para o diagnóstico da PHDA (apresentação predominantemente combinada), assim como algumas dificuldades comportamentais e na aprendizagem (PA e PC).

23.3.26 Competências académicas do aluno 4

As informações dos diferentes documentos que constam no PIA convergem na explicação de que os problemas na aprendizagem que o AL4 apresenta derivam da sua postura desatenta, hiperativa e impulsiva, reconhecendo simultaneamente que tem capacidade de aprendizagem. Num relatório elaborado pela PR4 para o pedopsiquiatra da entidade externa, escreveu: “ (...) parece-me que esta desorganização mental que se reflete na produção académica, esta

incapacidade de atenção/concentração que impede a aquisição de competências académicas, esta irrequietude que não se consegue controlar (...)”.

Os problemas no seu desempenho académico são transversais às diferentes áreas curriculares nucleares (i.e., leitura, escrita e matemática), e mais evidentes nas tarefas que exigem maior atenção/concentração, como está patente nos resultados da EVDPP e no discurso da sua professora. Não obstante, o AL4 parece obter melhores resultados quando avaliado oralmente e as atividades são do seu interesse/motivação. Com efeito, a PR4 refere que o AL4 “não tem o mesmo rendimento que os colegas”, porém, “ele tem capacidade, ele é capaz de fazer... se for uma atividade que ele goste e que não seja muito monótona, ele faz... eh e até faz bem”. Por outro lado, a PR4 afirma que “tudo o que exija mais concentração na realização da tarefa, esquece”, mas que “nas três nucleares, portanto o português, a matemática e o estudo do meio, tudo o que seja oral... ok, ele está pronto para falar, eh tudo o que seja escrever ou ler que implica mais uma atenção... esquece, eh portanto acaba por ter dificuldade na leitura porque não se concentra, não porque não saiba ler”. Importa reforçar que o aluno já tem uma reprovação no 1.º ano de escolaridade.

23.3.27 Características comportamentais do aluno 4

Na consulta de psicologia foi feita uma entrevista clínica e aplicados instrumentos de avaliação psicométrica (não havendo no entanto designação a quais instrumentos utilizados e com que objetivos). Tendo como referência o DSM-IV-TR, o AL4 apresentou de forma persistente e disfuncional sete sintomas de falta de atenção (i.e., tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares; tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades; tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares; tem dificuldade em organizar tarefas e atividades; evita, não gosta ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental sustentado; perde material necessário à realização de tarefas ou atividades e distrai-se facilmente com estímulos externos), seis de hiperatividade (i.e., mexe constantemente as mãos ou pés ou não para quieto/a na cadeira; levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que devia permanecer sentado/a; corre ou trepa excessivamente em situações em que devia permanecer sentado/a; tem dificuldade em jogar ou em envolver-se tranquilamente em atividades de lazer; está sempre em movimento ou age frequentemente como se fosse “movido/a por um motor” e fala excessivamente) e dois de impulsividade (i.e., responde precipitadamente antes de ouvir as questões até ao fim e interrompe os outros ou intromete-

se). Os resultados da EVDPP apontam um padrão semelhante, pois o AL4 manifestou sete sintomas de desatenção e outros sete de hiperatividade/impulsividade.

No relatório de avaliação da psicomotricidade é referido que aluno adere bem às atividades propostas, apesar de mostrar algum desagrado quando se trata de atividades mais calmas e monótonas. Nas que são do seu interesse empenha-se e inicia-as de forma concentrada, mas depois a sua atenção vai dispersando. Por sua vez, no relatório de acompanhamento na mesma especialidade, datado de julho de 2014, enfatiza-se que as principais dificuldades do AL4 prendem-se com o controlo do comportamento e dos impulsos, assim como o manter a atenção nas tarefas de forma a terminá-las autonomamente. Em relação à descrição já proferidas a PR4 menciona, a título exemplificativo, que o AL4 “ (...) mesmo quando está a fazer, ou a tentar fazer, leitura de pequenas palavras ou frases, não consegue estar concentrado apenas na leitura, está simultaneamente a mexer com os lápis ou qualquer outro objeto, se os lápis lhe forem retirados ... mesmo quando falamos especificamente com ele, olha para nós, mas simultaneamente está a mexer em qualquer coisa ou com o próprio corpo”. Mais ainda, afirma que o aluno “não consegue manter o seu material em estado aceitável para trabalhar, nem organizado” e está sempre a “interromper, ele não ouve sequer, eu estou a lançar uma pergunta para a turma e eu ainda não acabei de fazer a pergunta, e ele já está a responder muitas vezes uma coisa que não tem nada a ver com aquilo que eu ia perguntar, ele não espera pela sua vez de falar, ele não respeita”.

23.3.28 Relacionamento do aluno 4 com os pares

Na avaliação do comportamento social, contemplada no relatório técnico-pedagógico do ano letivo 2011/2012, relata-se que o AL4 adota comportamentos/atitudes impulsivas e imponderadas e que as mesmas, em sala de aula, podem conduzir a situações de conflitos com os pares. Segundo a avaliação da PR4 “o AL4 gosta muito pouco de perder não aceita muito ficar para trás e, se puder atalhar nas regras... é com ele... e os conflitos às vezes vêm um bocadinho daí mas também acaba por ser normal.” Foi mesmo na média que o classificou no item “relacionamento com os colegas” da subescala de DC presente na EVDPP e acrescentou na entrevista que o aluno “ (...) dá-se bem com os colegas os colegas aceitam-no bem, aliás os colegas não se apercebem que ele tem este problema (...) ”.

Perante os factos deduz-se que nesta componente de relacionamento interpessoal com os pares, o AL4 não apresenta problemas de gravidade.

23.3.29 Contexto educativo onde está inserido o aluno 4

A escola é um dos sete estabelecimentos do ensino básico da rede pública que integram um agrupamento escolar situado no concelho da Lagoa, uma região cuja atividade económica aí predominante lhe confere um carácter iminentemente urbano, embora esta classificação não seja linear. No seu PEE reproduz-se de forma explícita um conjunto de ferramentas e diretrizes que visam responder de forma diferenciada e adequada às necessidades educativas específicas dos seus alunos. Neste sentido, a escola possui um departamento especializado de orientação pedagógica, que integra o Serviço de Psicologia e Orientação e o núcleo de Educação Especial, e que tem como função o despiste, o apoio e o encaminhamento dos alunos com NEE e/ou dificuldades de aprendizagem, promovendo a igualdade de oportunidades, bem como o incremento da sua inserção social e escolar.

Ainda no âmbito da promoção do sucesso escolar dos alunos, a escola proporciona sessões de apoio educativo aos alunos com dificuldades de aprendizagem, que podem assumir diferentes formas: (i) constituição de mais uma turma, reduzindo o número total de alunos por turma; (ii) constituição de grupos de apoio, por ano de escolaridade, nas áreas de língua portuguesa e de matemática, no mesmo horário que a turma, sendo a planificação articulada com os docentes titulares de turma e ministrados os mesmos conteúdos em pequeno grupo e (iii) apoio educativo a alunos de diferentes turmas.

De acordo com os dados registados no PEE, na escola do AL4 existiam 95 alunos, dos quais 20 com NEE, no ano letivo 2013/2014.

23.3.30 Práticas educativas adotadas com o aluno 4

O AL 4 esteve três anos no jardim de infância, tendo beneficiado de adiamento da matrícula. No final do ano letivo 2011/2012 foi avaliado pelo núcleo de educação especial e encaminhado para duas entidades externas por manifestas dificuldades na linguagem e suspeita de PHDA. Numa destas é seguido desde então nas especialidades de Pedopsiquiatria, Terapia da Fala e Psicomotricidade. Durante este período, concretamente, foi inserido no Regime Educativo Especial e mais tarde elaborado o PEI. No seguimento da avaliação especializada realizada externamente à escola foi-lhe diagnosticada uma PHDA do tipo Misto. No ano letivo 2013/2014, já com 7 anos, frequentou o 1.º ano de escolaridade, tendo reprovado. Atualmente transitou do 2.º para o 3.º ano, tendo sido propostas alterações no seu PEI para o período letivo 2015/2016.

23.3.31 Perfil de Funcionalidade do aluno 4

Segundo o que analisamos, o AL4 foi avaliado por referência à CIF no mês de maio de 2012, tendo apresentado alguns resultados abaixo do esperado nas seguintes áreas de desenvolvimento: (i) competências manipulativas; (ii) competências auditivas e da linguagem; (iii) competências da fala e da linguagem e (iv) competências da interação social. O seu perfil de funcionalidade é essencialmente marcado por deficiência grave nas funções da atenção (b140) e moderada nas funções cognitivas de nível superior (b164) e funções mentais da linguagem (b167). No domínio da atividade e participação salienta-se a deficiência moderada na realização de tarefas múltiplas (d220). Nos fatores ambientais foi classificado um facilitador moderado, nomeadamente as pessoas em posição de autoridade (e330). As suas dificuldades, cognitivas e comunicacionais, determinaram a necessidade da integração no Regime de EE.

23.3.32 Respostas educativas fornecidas ao aluno 4

No seguimento da avaliação realizada foi elaborado um PEI, que foi homologado no início de outubro de 2012. Neste documento estão as diretrizes para a adaptação do processo de ensino e aprendizagem do aluno, que inclui a implementação de uma resposta educativa diferenciada, nomeadamente o apoio pedagógico personalizado. Objetivamente a medida abarca o reforço das estratégias utilizadas ao nível da organização; o estímulo e reforço das competências e aptidões envolvidas na aprendizagem (i.e., desenvolvimento das competências exigidas para a aquisição da leitura, escrita e cálculo, assim como da linguagem expressiva, recetiva e de articulatória); antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos (utilização de organizadores avançados antes da introdução de novos conteúdos) e o reforço e desenvolvimento de competências específicas (i.e., apoio especializado por docente do núcleo de EE). A proposta de apoio pedagógico personalizado, além da prestação do professor titular de turma sempre que necessário, incluía a participação do docente de EE em pelo menos três tempos letivos de 45 minutos semanais. Na prática, a PR4 afirma que o AL4 “(...) o ano passado teve o apoio pedagógico fora da sala e este ano também, 90 min por semana, portanto uma tarde por semana da 13h30 às 15h00, é um bloco de 90, uma vez por semana”. Além das medidas acima elencadas, a professora referiu que pouco mais fazia com o AL4 em contexto de sala de aula (“...não tenho formação nenhuma a este nível nunca ninguém me

disse vá-se por aqui ou vá por ali ou, com este tipo de miúdos deve-se privilegiar mais isto ou privilegiar mais aquilo, nada completamente às cegas”), embora tenha mencionado que procurava exercer um maior controlo em relação ao seu comportamento e à realização das tarefas escolares (“ele está sentado quase ao meu lado, eh portanto a mesa dele mesmo em frente à minha secretária, eh portanto qualquer movimento que ele faça qualquer coisa que ele faça ele está mesmo à frente dos meus olhos, e dai eu estar sempre a chamá-lo à atenção mais vezes do que faço aos outros... muitas vezes eu até consigo aperceber-me que ele está a ir pelo caminho errado na resolução do exercício e eu digo tu não leste isso... lê outra vez”).

Como referido anteriormente, no PIA não existe qualquer referência a tratamento psicofarmacológico. Porém, a PR4 refere na entrevista que a mãe diz que o aluno toma medicação (“eu penso que sim ele foi medicado e a mãe diz que ele está a tomar a medicação eu não tenho como confirmar se efetivamente está ou não não é mas a mãe diz que sim”), mas que não nota diferença nenhuma no rendimento/comportamento do AL4 (“...a partir do momento em que a mãe disse que ele estava medicado eu não notei grande diferença ao que ele era anteriormente”).

Depois da avaliação pela equipa técnico-pedagógica (psicólogo e docente de EE) no ano letivo 2012/2013, não mais o aluno foi avaliado pelos serviços internos da escola (i.e., SPO e núcleo de EE) onde pertence. Não obstante, no relatório de avaliação final do ano letivo 2014/2015 é expressa a persistência das dificuldades que o AL4 manifesta, principalmente ao nível da atenção e do comportamento (e.g., cumprimento das regras). Neste enquadramento foi sugerido pelo PR4, com anuência do docente de EE e encarregado de educação, a alteração do seu PEI, no qual se introduziu (além do apoio pedagógico personalizado) a medida da adaptação no processo de avaliação (i.e., tolerância suplementar nas fichas de avaliação e nas Provas Terminais de Ciclo).

23.3.33 Caraterização geral do aluno 5 (AL5)

O AL5 tem 11 anos, é do sexo masculino e concluiu o quarto ano de escolaridade no período letivo 2014/2015, embora tenha ficado retido uma vez no segundo ano de escolaridade. De acordo com a sua professora (PR5), o aluno é proveniente de um ambiente familiar socioeconómico desfavorecido. No que respeita à educação do AL5, a mãe mostra-se muito interessada em ajudá-lo nas tarefas escolares, mas não possui habilitações literárias suficientes para o fazer devidamente. A preocupação dos pais em relação aos problemas

comportamentais do filho é evidente, embora o pai não raras vezes o castigue de uma forma demasiado severa.

Desde 2012 que é acompanhado nas especialidades de pedopsiquiatria, psicologia e terapia da fala numa entidade externa à escola (tendo sido referenciado por um profissional qualificado de outra instituição), embora apenas em junho de 2015, depois de solicitado pela PR5, foi enviado um relatório com a informação clínica do AL5, ficando, a partir desta data, disponível no seu PIA. Das avaliações realizadas foi-lhe diagnosticada uma perturbação comportamental (PHDA) e vários problemas ao nível da Linguagem (i.e., nos domínios morfosintático, de escrita e de leitura). Não há no seu processo referência a tratamento psicofarmacológico, apesar da PR5 assegurar que o AL5 toma medicação (de acordo com a informação prestada pela mãe). Simultaneamente, no relatório da informação clínica (onde está incluída a avaliação psicológica), não se alude que tenha sido operada avaliação cognitiva e ou do desempenho neuropsicológico.

Na EVDPP o AL5 cumpriu os requisitos para um diagnóstico da PHDA (apresentação combinada) concomitante com uma perturbação de desafio/oposição e ou do comportamento. Além disso, foi classificado com vários problemas comportamentais e de aprendizagem (PA e PC).

23.3.34 Competências académicas do aluno 5

É referido que o AL5 tem capacidade de aprendizagem, mas que existem aspetos da sua personalidade e determinados comportamentos que podem condicionar o seu desempenho. Por outro lado, decorrente da avaliação na especialidade da terapia da fala, são enumeradas dificuldades ao nível da linguagem em três domínios específicos, e que poderão originar problemas na aprendizagem, nomeadamente: morfosintático (dificuldades na organização de palavras para a formação de uma frase coerente e gramatical, identificação e correção de frases agramaticais, coordenação e subordinação frásica flexão verbal e a derivação de palavras) que desencadeiam um discurso desorganizado, confuso e pouco coeso, agravado pela impulsividade que empresta nas respostas e pela fraca noção de *turn-talking*; escrita (produz textos sem encadeamento de ideias e pouco coerentes) e leitura (apresenta uma leitura monocórdica, sem entoação nem respeito pela pontuação).

Com efeito, na EVDPP são reportadas dificuldades problemáticas ao nível da leitura e escrita, assim como algum problema em relação à matemática. Simultaneamente, na subescala do PC foi classificado como tendo graves dificuldades na conclusão das tarefas e capacidade de

organização. A entrevista serviu para confirmar esta informação, tanto que a PR5 referiu que os principais problemas do AL5 são a português, realçou as dificuldades no discurso e a pouca capacidade de organização de ideias na escrita (“a português, a matemática nota-se que é uma criança que tem um bom cálculo mental... um bom cálculo mental mas... depois há aquela dificuldade em relacionar... leitura e escrita é que é mais complicado, a escrita muito desorganizada em termos de coerência, em termos de organização de ideias, muito desorganizado... e tem um discurso muito atabalhado, um discurso muito... confuso, diz uma coisa mas depois já não é aquilo, já é outra coisa, uma confusão de discurso, de ideias”). Segundo a professora, na generalidade é um aluno com “notas muito resvés, de 50%, a matemática cinquenta e tais, sessenta”.

23.3.35 Caraterísticas comportamentais do aluno 5

Através da avaliação psicológica realizada foi possível traçar o perfil comportamental do AL5, que se caracteriza essencialmente por manifestas dificuldades de relacionamento interpessoal (com os adultos e com os pares) e frequentes comportamentos “opositivos/conduita” (e.g., recusa em colaborar, cumprir regras e aceitar limites, principalmente quando contrariado; perde o controlo facilmente; apresenta comportamentos de manipulação com o adulto para conseguir o que pretende; baixa tolerância à frustração entrando com facilidade em confronto com o outro). Além disso é evidente uma constante agitação motora, inquietude e dificuldade em estar sossegado. Os resultados da EVDPP confirmam este padrão, mas acrescentam que o AL5 apresenta frequentemente inúmeros problemas ao nível da atenção/concentração, organização e conclusão das tarefas (e.g., tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades; tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares; tem dificuldade em organizar tarefas e atividades; distrai-se facilmente com estímulos externos, entre outros). No que respeita aos comportamentos disruptivos que o AL5 demonstra em sala de aula, segundo a professora “o menino não parava sossegado, ele destruía folhas e tudo o que tivesse à frente, o material, os lápis estavam sempre espalhados em cima da mesa, atirava com os lápis para o chão, levantava-se da mesa, chamava nomes aos colegas, eh, metia-se debaixo da mesa, saía, depois cantava, cantava coisas completamente fora do contexto nos momentos da sala de aula que não era para o fazer... não era fácil cumprir as regras que eram impostas, senta-te, era muito difícil, eu tinha que o agarrar e ele quase a espernear para se sentar, eh, ele percebia a regra, quando se falava ele até percebia a regra, mas depois não não... gritava, chegou a haver

momentos de levantar mesas, eh... foi um bocadinho complicado”. Por outro lado, em relação à desorganização e atenção, a PR5 referiu que o AL5 “é muito desorganizado, tanto no seu caderno como no seu trabalho, a sua mochila muito desorganizada, em tudo...e... em termos de atenção, eh, é muito difícil, mesmo em momentos que ele está calado, e está sossegado, eu percebo pelo olhar dele que a sua atenção não está naquilo que eu estou a fazer, ele está a olhar mas, eu percebo que aquilo não...está a entrar.”

23.3.36 Relacionamento do aluno 5 com os pares

Já foi mencionado que o relacionamento com os outros é um dos problemas mais marcantes. Segundo a professora esta situação é mais gravosa no recreio, os colegas queixam-se com frequência e ficam saturados com as suas atitudes (“ fora da sala de aula ele era muitas vezes agressivo, qualquer coisa ele batia nos colegas, ele não media a situação, coisas mínimas às vezes ele batia nos colegas...um bocadinho conflituoso... dentro da sala de aula... na sala de aula até as coisas corriam mais ou menos bem... até havia colegas que tentavam dar-se bem com ele, mas só que às vezes eles ficavam também... esgotados, são crianças ainda não têm esta noção de... de... saber gerir estes comportamentos do outro”).

23.3.37 Contexto educativo onde está inserido o aluno 5

A escola é um dos quatro estabelecimentos do ensino básico que integram um agrupamento escolar situado no concelho da Vila Franca do Campo, contexto cuja atividade económica aí predominante lhe confere um carácter iminentemente rural.

Nos seus documentos orientadores (PCE e PEE) emana uma filosofia inclusiva, cujas medidas educativas visam a promoção do sucesso escolar para todos. Neste enquadramento, destacam-se as diferentes modalidades e estratégias do Apoio Educativo, que se traduzem em atuações de diferenciação, individuais ou em grupo, dentro ou fora da sala de aula, prestados por um segundo professor ou em aulas de apoio suplementar, a alunos que manifestem dificuldades de aprendizagem (temporárias) que comprometam a aquisição das competências eleitas para cada área disciplinar do seu ano ou ciclo. Entre a oferta disponível evidencia-se: (i) apoio pedagógico acrescido (facultado por outro docente com tempos disponíveis da mesma área curricular, dentro ou fora da sala de aula, num horário comum ao do professor e da turma); (ii) rotação de grupos (os alunos com dificuldades de aprendizagem poderão assistir a aulas, inseridos noutras turmas de outro ano de escolaridade do mesmo estabelecimento, sempre que

daí advenham vantagens pedagógicas para os alunos envolvidos); apoio transdisciplinar (suporte facultado a um professor de uma determinada área curricular quando este sente necessidade de ajuda de um outro docente de outra área disciplinar, para apoiar individualmente os alunos com dificuldades de aprendizagem ou com necessidade pontual de apoio). Assim, sempre que os docentes verifiquem dificuldades que possam colocar em causa o desenvolvimento das competências exigidas em cada ano/ciclo, deverão propor a medida de apoio que considerem mais profícua à situação. Na escola que o AL5 frequenta existem 3 docentes de apoio disponíveis.

Quando a especificidade da problemática do aluno assim o determina, a escola (edifício sede) dispõe de serviços especializados de apoio educativo, entre os quais: o Serviço de Psicologia e Orientação, o Núcleo de Educação Especial e a Equipa Multidisciplinar de Apoio Socioeducativo.

23.3.38 Práticas educativas adotadas com o aluno 5

De acordo com a informação obtida ao longo da entrevista realizada com a sua professora, o AL5 foi avaliado e diagnosticado fora do contexto e dos serviços escolares. Começou por ser acompanhado por um psicólogo de uma entidade pública local que, por sua vez, o encaminhou para uma outra entidade, também esta externa à escola, onde foi avaliado e é acompanhado desde o ano letivo 2012/2013 nas consultas de pedopsiquiatria, psicologia e terapia da fala. Na escola, por indicação da PR5, e dadas as suas dificuldades, usufrui de apoio educativo.

23.3.39 Perfil de Funcionalidade do aluno 5

O AL5 não foi avaliado pelos serviços especializados de apoio educativo da escola (e.g., SPO e ou núcleo de EE) e, por isso, não foi traçado o seu perfil de funcionalidade, nem elaborado um PEI.

23.3.40 Respostas educativas (AL5)

A única medida formal estabelecida na escola com o AL5 foi a de apoio educativo, que era concretizado fora da sala de aula, três vezes por semana, durante uma hora (“...eh, tinha apoio, tinha momentos de apoio fora da sala, eh, três vezes por semana uma horinha ele saía,

sobretudo para tentar colmatar as dificuldades dele”). No entanto, quando questionada acerca da utilização de um ensino diferenciado em sala de aula com o AL5, a professora realçou que ao nível da atenção procurava a implementação de um ensino mais individualizado, uma maior monitorização ao longo da realização das tarefas (“é assim, em termos de atenção tentava fazer um ensino mais individualizado, mais ao pé dele, eh, frequentemente ao pé dele, sentar-me mesmo ao pé dele...”). No que respeita ao comportamento desenvolveu um trabalho conjunto com o psicólogo da entidade pública local, através da aplicação de um contrato comportamental (“eu trabalhei muito o comportamento, coadjuvada com a psicóloga... tínhamos uns cartõezinhos que era do comportamento se ele se portasse bem levava para casa, a mãe tinha de assinar”), assim como a utilização do reforço positivo e assertividade em relação às regras (“algumas dicas que ela me dava, o reforço dos comportamentos positivos, eh, a firmeza pronto em termos de regras, é assim é assim, não faças isso, se não fizeres assim não tens esse benefício ou esta benesse ou esta consequência”. Apesar de não constar no relatório de informação clínica, a professora referiu que o AL5 está medicado, segundo informação da mãe do aluno, e que consegue discernir quando não toma a medicação (“segundo a mãe está, e nota-se e eu consigo perceber quando ele não está, e pergunto à mãe e ela diz-me eh senhora não, realmente não está, eu ainda não fui buscar, porque ainda não tive dinheiro para ir buscar a receita ou porque não tenho receita...”). A PR5 é da opinião que a medicação “ajuda bastante, em termos de concentração... por exemplo o AL5 fica mais concentrado, ele fica muito mais concentrado, fica muito mais calmo, coloca dúvidas, eh, quer ir ao quadro...”).

23.4 Perfil do GPE

Terminada a descrição e análise do grupo de alunos em estudo (GAE) segue-se a exposição do grupo de professores em estudo (GPE). Trata-se de saber especificamente o que os professores que neste momento estão a trabalhar com alunos com PHDA sabem acerca desta temática, como desenvolvem a sua prática docente e o que pensam em relação ao atendimento escolar que é feito a esta população, explorando mais minuciosamente as suas atribuições através da condução de uma entrevista, que permite a recolha de informação complementar ao QACP, à EVDPP e à análise documental.

Para o tipo de entrevista em apreço, como referido precedentemente, foi utilizada a modalidade de análise de conteúdo, sustentada na análise categorial. As subcategorias e

unidades de registo emergiram dos relatos dos professores, sendo que esta informação está organizada segundo dois critérios: (i) questões já amplamente exploradas (a informação está diluída no corpo de texto); e (ii) questões novas ou outras que requerem informação adicional (apresentadas através de um quadro).

23.4.1 Caraterização dos participantes

O total de participantes que compõe o GPE é do sexo feminino ($n = 5$). No que respeita à qualificação académica, constatamos que quatro dos professores detêm a licenciatura em 1.º ciclo do ensino básico e um o grau académico ao nível de mestrado. Apenas um professor leciona numa escola privada.

23.4.2 Perfil do entrevistado

No início das entrevistas realizadas pretendeu-se explorar informação relacionada com as variáveis que foram analisadas no estudo 1, nomeadamente se os professores tinham formação específica em PHDA e qual era a sua experiência de ensino a estes alunos.

Perante as questões relacionadas com formação específica em PHDA (*Ao longo do seu percurso académico e profissional teve alguma formação relacionada com a temática da PHDA? Nem na sua formação de base nem na formação contínua?*), todos os professores afirmaram não ter obtido formação neste domínio. Não obstante, três entrevistados referiram ter tido na sua formação de base duas unidades curriculares (i.e., “Dificuldades de Aprendizagem” e “Necessidades Educativas Especiais”) que se enquadravam na área das NEE, mas que não lhe conferiram conhecimento acerca da PHDA. Simultaneamente, dois professores admitiram ter frequentado ações de formação das NEE, mas não especificamente no domínio da PHDA.

Estes dados confirmam os resultados obtidos através do QACP (estudo 1), em que 90% da amostra reconheceu não ter adquirido na sua formação de base informação suficiente para o ensino destes alunos e 95.7% afirmou que necessitava de formação nesta temática.

Ainda em relação ao perfil do entrevistado, com as perguntas *Qual a sua experiência de ensino com alunos com PHDA? Ao longo da sua carreira teve muitos casos?*, pretendíamos conhecer o nível de experiência de ensino a alunos com PHDA.

Segundo o que apuramos, três participantes da amostra já lecionaram mais do que um aluno com PHDA ao longo da sua carreira docente, registando-se que um destes professores afirmou mesmo ter presentemente três alunos com este diagnóstico na sua sala de aula. Os restantes dois professores mencionaram apenas um caso, isto é, o aluno que têm atualmente.

Com as restantes perguntas desta categoria, a saber: *Quais são, na sua perspetiva, as causas desta perturbação?*; *E os principais sintomas?*; *Destes, quais os que considera mais problemáticos em contexto escolar*, pretendeu-se averiguar o conhecimento dos professores em relação à origem e sintomas nucleares da PHDA.

À primeira questão (*Quais são, na sua perspetiva, as causas desta perturbação?*) há a assinalar que nenhum dos participantes teve uma resposta sem qualquer dúvida ou hesitação. De qualquer modo, três professores consideram que a perturbação tem uma natureza genética. Por outro lado, um professor considerou tratar-se de disfunções neurológicas e um outro julga ser devido a fatores ligados ao funcionamento familiar. Estes elementos garantem informação complementar importante para uma avaliação mais clara em relação ao conhecimento que os docentes que participaram neste estudo possuem acerca da etiologia da PHDA. Em traços gerais verifica-se uma evolução no reconhecimento de que são os fatores genéticos e neurológicos os que mais contribuem para o aparecimento da PHDA, seguindo desta forma as tendências científicas nesta matéria. Não obstante, a genética e a neurologia são campos muito abrangentes, ficamos com a convicção de que, por exemplo, os professores não sabem quais são as estruturas neuroanatómicas eventualmente envolvidas (cortéx pré-frontal) e as funções neurocognitivas mais afetadas (e.g., funções executivas) na PHDA, algo que certamente poderia ajudar a perceber algumas das suas dificuldades em contexto escolar. Por outro lado, parece persistir a ideia de que a educação familiar desempenha um papel significativo para a ocorrência desta perturbação, havendo por isso a necessidade de clarificar esta questão. De facto, este fator ambiental deve ser encarado na explicação etiológica da PHDA mas somente quando combinado com a sua origem intrínseca, no sentido de ser uma fonte que pode agravar ou atenuar os sintomas orgânicos. É desta forma que consideramos que a PHDA tem de ser vista e explicada à classe docente. Parafraseando Charles Brewer “A hereditariedade dá as cartas e o meio joga-as”, em nossa opinião uma frase muito feliz, que se aplica a todo o comportamento humano, mas que tem um significado especial para a explicação da etiologia da PHDA.

Por outro lado, no que respeita à pergunta *E os principais sintomas?*, definiram-se cinco subcategorias e obtiveram-se nove unidades de registo. Das três características nucleares da PHDA, quatro docentes salientaram o défice de atenção/concentração, dois elencam os

comportamentos relacionados com a hiperatividade (i.e., agitação/irrequietude) e apenas um referiu atitudes ligadas à impulsividade. Além disso, um professor mencionou o comportamento disruptivo do aluno e outro realçou a baixa autoestima.

Quando questionados sobre o impacto destes sintomas em contexto escolar (*Destes, quais os que considera mais problemáticos em contexto escolar?*), quatro professores apontaram o défice de atenção/concentração como o principal problema, embora um tenha referido que o mais difícil era o comportamento, em particular o incumprimento de regras. No que diz respeito à caracterização semiológica, há um forte consenso em considerar os sintomas de défice de atenção os mais visíveis e com maior impacto em contexto escolar, em particular na sala de aula. Com efeito, já foi explicado que, da tríade sintomática, a desatenção é manifestamente a principal causadora das dificuldades na aprendizagem, porventura um aspeto muito valorizado pelos professores deste estudo. Esta visão não é, porém, acompanhada por algumas investigações enunciadas antes (e.g., Groenewald et al., 2009; Moldavsky et al., 2013) que mostraram que os docentes estão mais atentos e reconhecem com maior facilidade os sintomas de hiperatividade/impulsividade. Uma explicação plausível para esta divergência pode incidir na amostra utilizada, nomeadamente no que se refere ao recurso a professores com experiência de ensino a alunos com PHDA e à análise desta variável, uma vez que nesta investigação foram encontradas diferenças com significado estatístico nesta componente. Sendo assim, pode concluir-se que a experiência de ensino a alunos com PHDA pode exercer um peso decisivo na identificação dos alunos com esta problemática por parte dos professores.

23.4.3 Estratégias a utilizar em sala de aula

As intervenções mais eficazes para melhorar o rendimento académico são aplicadas de forma coerente dentro do ambiente escolar, especialmente na sala de aula. Desde há muito tempo que estão identificados processos para ajudar os alunos com PHDA e não se vislumbra na literatura evolução ou novidade neste assunto, ainda que uma numerosa bibliografia se empenhe a avaliar a eficácia destas técnicas e procedimentos (e.g., Harrison et al., 2013; Miranda, Presentación, Siegenthaler, & Jara, 2011; Moore et al., 2015; Richardson, Moore, & Gwernan-Jones, 2015; Trout, Lienemann, & Epstein, 2007).

Geralmente, as intervenções em sala de aula para os alunos com PHDA incidem na redução de comportamentos problemáticos e no fortalecimento do envolvimento na tarefa. Embora sejam boas medidas, a redução da atividade perturbadora não garante que os alunos façam

progressos escolares. Sendo assim, e porque os sintomas da PHDA frequentemente estão associados a dificuldades na aprendizagem, o desempenho académico deve ser contemplado num plano de tratamento abrangente (DuPaul & Weyandt 2006). Os professores devem receber o apoio necessário à intervenção com estes alunos em sala de aula, através da colaboração e comunicação com outros agentes escolares (e.g., psicólogo, professor de apoio, professor de educação especial) (Pfiffner et al., 2006/2008).

Com a pergunta *Desenvolve alguma estratégia diferenciada para o ensino dos seus alunos com PHDA?*, pretendíamos analisar se os professores adaptavam o processo de ensino e aprendizagem às especificidades e necessidades dos seus alunos com PHDA.

Através da análise de conteúdo estabeleceu-se uma categoria (“pedagogia diferenciada”) para a qual emergiram nove subcategorias e foram identificadas 20 unidades de registo. As estratégias mais utilizadas pelo GPE foram: “maior monitorização”, referidas pela totalidade dos professores, “empregar reforço positivo frequente e descritivo” (n = 3) e “organização do ambiente do ambiente físico da sala de aula” (n = 3). Dois dos cinco professores que compunham a amostra sinalizaram “Modificar as atribuições das tarefas”, “Variar os materiais e formatos de apresentação das tarefas” e “Privilegiar a avaliação oral à escrita”. Por último um docente admitiu “Permitir mais tempo para realização dos testes e outros trabalhos escolares” e a “recurso à aprendizagem cooperativa com a formação de pares e ao computador”.

Estes resultados são concordantes com a informação obtida na pergunta do QACP acerca das práticas educativas, isto é, o conhecimento que os professores possuem acerca da PHDA condiciona a sua prática docente, o que é um ponto muito interessante e que será debatido adiante. Assim, tal como anteriormente registado, confirma-se a preferência pela implementação de estratégias académicas e medidas de apoio educativo e/ou educação especial. Neste contexto há um resultado que obriga a nova apreciação, referimo-nos ao item do QACP “Deixar a criança desenvolver autonomamente as tarefas escolares”. Neste particular recordamos alguma indefinição nas respostas atribuídas pelos professores, provavelmente decorrentes da forma como a opção foi colocada, e que são dissipadas nesta componente da investigação, com a aceitação de que estes alunos devem merecer uma “maior monitorização”, procedimento determinante como explicamos antes.

Na bibliografia da especialidade já tinha sido transmitida a ideia de que os professores conhecem relativamente bem algumas estratégias de intervenção para alunos com PHDA (e.g., Cardoso, 2013; Fernandes, 2007; Monteiro, 2011).

É conveniente porém realçar que particularmente as estratégias acima mencionadas são benéficas para todos os alunos e não especificamente para os que têm esta perturbação. Uma explicação para esta questão resulta da formação de base dos professores, pois as unidades curriculares que abordam as temáticas relacionadas com as necessidades educativas especiais fazem-no de uma forma geral e não focam exclusivamente a intervenção para com alunos com PHDA, perspectiva fundada com base em análises anteriores. Mais ainda, percebe-se que o problema não é conhecer as estratégias de intervenção para este tipo de alunos - existem listas infundáveis disponíveis em livros da especialidade e na internet – mas sim quando e como aplicá-las. Neste âmbito destacamos a reflexão de Rodrigues (2011), ao referir que mais importante que tudo é identificar e conhecer o comportamento-alvo, é analisar os casos individualmente, pois raramente as estratégias são universais. Na sua opinião “(...) dizer aos professores que estratégias podem utilizar sem que eles possam dizer em que comportamentos-alvo as vão utilizar é iludir toda a gente com a ideia de que a intervenção em sala de aula em situação de necessidade de inclusão de uma criança com PHDA se pode fazer a partir de um manual de apoio” (p. IX). Esta investigadora mostra ainda o seu desagrado para com a prática da enumeração destas estratégias nos relatórios de avaliação dos técnicos, pois normalmente são extensas, padronizadas e que, por isso, ao fim de algum tempo são as mesmas seja para que criança for, desacreditando na maioria das vezes este tipo de intervenção. Segundo Rodrigues (2011, p. IX) “O mais importante é que o professor possa ser suportado na definição dos comportamentos a modificar e encontre com apoio as estratégias adequadas para o fazer e as condições únicas com que vai fazê-lo na sua sala de aula. Para isso é preciso que os professores tenham formação nesta matéria e que possam discutir os seus casos”.

No decorrer das entrevistas os professores foram confrontados em relação à operacionalização destas medidas, especificamente foi-lhe colocada a seguinte questão: *Estas estratégias foram desenvolvidas por si intuitivamente? Se foram definidas por outrem, quem as definiu e em que consistem?*

Tratando-se de um aspeto específico da mesma categoria, as respostas dos professores levaram, porém, ao estabelecimento de outras três subcategorias distintas para as quais resultaram oito unidades de registo. Quando questionados em relação à aplicabilidade destas estratégias foi notória a falta de colaboração de outros agentes educativos neste processo. Com efeito, apenas um dos entrevistados afirmou ter recebido apoio de um profissional especializado, neste caso o psicólogo. A maioria dos docentes (n = 4) referiu que estas estratégias eram aplicadas de forma intuitiva e/ou com base na sua experiência de trabalho.

Três professores mencionaram ter adquirido conhecimento autonomamente, com o recurso a livros, artigos e à internet.

Já se percebeu que os currículos nas universidades portuguesas não preparam os professores para a docência a alunos com PHDA. Fernandes (2007) realizou uma pesquisa neste domínio e conclui que, embora nos planos curriculares da licenciatura em Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico de 19 das 21 Escolas Superiores de Educação (ESE) analisadas constasse uma unidade curricular relacionada com a NEE ou Inclusão escolar, somente em quatro destas instituições os conteúdos curriculares destas disciplinas faziam referência à PHDA.

Em simultâneo, o discurso direto dos participantes nesta investigação, indica-nos que a formação contínua nesta problemática é muito diminuta ou mesmo inexistente. Martinussen, Tannock e Chaban (2011) também verificaram que a maioria dos professores considerados na amostra do seu estudo (76%) não tinha formação contínua em PHDA ou que esta era muito reduzida. Além disso, concluíram que os professores do ensino básico com níveis moderados ou elevados de formação contínua demonstraram um uso mais apurado das estratégias de ensino e gestão comportamental recomendadas para estes alunos.

A agravar estas evidências não se vislumbra nenhum suporte nas escolas de outros técnicos no apoio aos professores. Estes dados traduzem três grandes lacunas que serão analisadas em questões seguintes: formação de base, formação contínua e rede de apoio nas escolas.

23.4.4 Envolvimento parental

Tal como nos diz Rodrigues (2011) a inclusão escolar das crianças com PHDA exige que os professores sejam aliados dos pais e vice-versa. Só a estreita colaboração entre a escola e a família permite uma intervenção adequada (Hughes, 2007; Koro-Ljungberg, Bussing, Wilder, & Gary, 2011).

A dimensão que se explora subsequentemente, “envolvimento parental”, relaciona-se com a mediação feita entre os dois contextos (i.e., escola e casa) e comporta duas categorias principais, especificamente o “contexto familiar” e a “colaboração Escola-Casa”.

Primeiramente foi colocada aos professores a questão “*Conhece o ambiente familiar do seu aluno com PHDA?*”, para a qual a totalidade dos participantes respondeu afirmativamente, tendo destacado dois aspetos: o nível socioeconómico e a relação conjugal. Dentro deste cenário foi possível apurar, tendo como referência os relatos dos seus professores, que três alunos são provenientes de um estrato socioeconómico baixo e apenas um está inserido num contexto familiar de nível socioeconómico médio/elevado. Simultaneamente constatou-se que

dois alunos são filhos de pais divorciados, sendo que num deles um dos progenitores se demitiu da educação do filho.

Assim como na escola, a PHDA representa na família “ (...) uma situação que resulta do ajuste entre as características próprias da perturbação, e o contexto relacional e envolvente em que a criança vive. Na maior parte das situações familiares a criança apresenta problemas de comportamento que resultam das relações estabelecidas” (Rodrigues, 2005, p. 17-18). O estilo parental praticado pelos pais e consequente modelo educativo são essenciais ao desenvolvimento de competências comportamentais e na sua autorregulação (Antunes, Silva, & Afonso, 2014).

A filosofia “antes de atuar é preciso compreender” também se aplica aos pais das crianças com PHDA. Conhecendo o problema há uma maior aceitação do diagnóstico e das suas vicissitudes, mas acima de tudo uma participação mais efetiva nos tratamentos multifacetados necessários à superação das dificuldades inerentes a esta perturbação, tanto em contexto escolar como familiar. Foi tendo em consideração estes princípios que perguntamos aos professores - *Os pais estão cientes da condição/problema do seu filho?* – questão para a qual resultaram três subcategorias.

De acordo com os testemunhos dos professores somente em dois casos do GAE os pais estão perfeitamente consciencializados em relação à PHDA diagnosticada nos filhos. Por outro lado, o mesmo número de professores (dois) referiu que apenas um dos pais, especificamente a mãe, está minimamente inteirada da situação, sendo que um docente realçou o caso de um aluno em que nenhum dos progenitores é conhecedor da perturbação do filho.

Há indícios de que uma intervenção do tipo psicoeducacional para os pais das crianças se configura um método eficaz na redução dos sintomas da PHDA e que, por isso, esta abordagem deve ser considerada válida e complementar ao tratamento global da perturbação (Ferrin et al., 2016; Lee et al., 2012).

Noutro plano, as respostas dos professores às expectativas/atitude dos pais em relação à performance académica dos seus filhos (*Quais as expectativas/atitude dos pais em relação ao percurso escolar do filho?*) levaram à criação de duas subcategorias distintas, mas com significados subjacentes comuns, nomeadamente: (i) interesse, empenho e dedicação no acompanhamento escolar dos filhos e (ii) fracas expectativas em relação aos seus resultados escolares (cf. quadro 14).

Quadro 14: Conhecimento das expetativas escolares dos pais^a

Quais as expetativas/atitudes dos pais em relação ao percurso escolar do filho?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Contexto familiar		Transcrições	
	Pais qualificados e empenhados, embora com expetativas baixas	“eu tenho expetativas mais elevadas que os pais, porque em termos de aprendizagem eu sei o valor que ele tem, eu sei as capacidades dele, e sei que com uma avaliação adequada ele consegue muito, porque é um aluno muito bom, e os pais têm sempre um pensamento negativo, pensam sempre que é menos do que realmente ele é por causa do comportamento”; “(...) normalmente os pais do AL2, eh, treinam com ele tudo e mais alguma coisa” (PR2)	1
	Pais com poucas qualificações e interessados, mas com expetativas reduzidas	“a mãe é assim, mais ou menos, mais ou menos... ela até ficou contente quando soube que ele tinha passado de ano” (PR4) “é uma mãe preocupada, embora seja uma pessoa com poucas habilitações e que não tenha uma grande compreensão daquela problemática, mas que sempre veio buscar as avaliações, sempre acompanhou o seu filho (...)” (PR5) “a mãe preocupa-se, agora é assim, também tem baixa escolaridade... a maior parte das coisas não consegue acompanhar, os trabalhos de casa, com quem é que fizeste isso, com a minha mãe, mas tens a certeza que foi com a tua mãe, tenho, e a mãe confirma-me que tá com ele a fazer e que vêm errados, portanto há alguma dificuldade em termos de conhecimentos suficientes para poder ajudar, mas que há interesse que há vontade e que há acompanhamento há” (PR3)	4

^aN = 5.

Com efeito, as opiniões colhidas nas entrevistas ao GPE viabilizaram a distinção de dois perfis: “pais qualificados e empenhados, embora com expetativas baixas” e “pais com poucas qualificações e interessados, mas com expetativas reduzidas”. Os primeiros, referidos por apenas um docente, são pais com um nível académico médio/elevado mas cujas expetativas que depositam no rendimento escolar do filho (mais baixas em relação ao seu potencial) são condicionados essencialmente pelo diagnóstico da PHDA. A larga maioria dos docentes (n = 4) inseriu os pais dos alunos do GAE no segundo caso, ou seja, pais que têm muita dificuldade em acompanhar/ajudar nas aprendizagens escolares e que, principalmente por este motivo, não estabelecem metas com níveis elevados quanto ao desempenho escolar dos filhos. Passando agora à outra categoria da dimensão em apreço, “colaboração Escola-Casa”, primeiramente foi nosso desígnio aferir a comunicação estabelecida entre os docentes e os

pais do GAE, através da questão *Qual a periodicidade com que reúne com os pais?* (cf. quadro 15).

Quadro 15: Comunicação com os pais^a

Qual a periodicidade com que reúne com os pais?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Colaboração Escola-Casa (reuniões)		Transcrições	
	Muito frequentemente	<p>“com a mãe do AL3, muitas vezes até, porquê, vou-lhe ser franca, muitas situações em que tive de chamá-la e dar-lhe conhecimento do que se tinha passado aqui na escola, não é, em termos de problemas comportamentais” (PR3)</p> <p>“muitas vezes, muitas vezes, com a mãe do AL5 foram muitas vezes...sobretudo por causa dos comportamentos, porque ele batia nos colegas e depois os pais dos outros colegas vinham falar comigo, eh, e eu tinha de por a mãe ao corrente destas situações e falo muitas vezes com a mãe” (PR5)</p> <p>“normalmente eu converso com a mãe uma ou duas vezes por semana sobre as situações do menino” (PR1)</p>	5

^aN = 5.

Quando interpelados acerca da regularidade com que conferenciavam com os pais dos alunos com PHDA foi evidente, em primeira instância, uma maior assiduidade da ocorrência desta situação em comparação com os pais dos restantes colegas. Na realidade, todos os docentes verbalizaram que se reuniam “muito frequentemente” com os pais do GAE e que esta circunstância derivava, na maioria das vezes, de comportamentos desajustados que estes alunos manifestavam no contexto escolar. Assim, podemos inferir que a regularidade com que se apresentam na escola não traduz um envolvimento parental efetivo. Ou seja, os pais vão à escola porque são chamados pelos professores e não comparecem de forma proactiva.

Para finalizar, e porque o tratamento para a PHDA é tanto mais eficaz se for aplicado de forma coordenada simultaneamente na escola e em casa, uma outra estratégia mencionada na bibliografia são os programas de intervenção casa-escola (DuPaul, 2007; DuPaul et al., 2011). Conforme descrito no quadro 16, procuramos averiguar a existência de um plano de intervenção elaborado na escola para a sua implementação em casa e, por isso, foi introduzida a seguinte questão: *Existe algum planeamento do trabalho que é feito na escola para a sua continuação em casa, em particular no que respeita a estratégias para melhorar o comportamento e a atenção na realização das tarefas escolares?*

Quadro 16: Estratégias de intervenção escola-casa^a

Existe algum planeamento do trabalho que é feito na escola para a sua continuação em casa, em particular no que respeita a estratégias para melhorar o comportamento e a atenção na realização das tarefas escolares?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Colaboração Escola-Casa (plano de intervenção)	Não há um plano estruturado	Transcrições “muito sinceramente não foi criado um plano de trabalho ao aluno para levar para casa...” (PR3) “não... porque sou mesmo só eu e os pais... portanto não há, eh, mais ninguém que interveio neste processo” (PR4)	3
	Indicações gerais/informais	“sim, foi falado com a mãe para não forçar, que o menino precisava que ela estivesse ao lado dele, em termos de leitura que era importante também ler ao menino, porque ele precisava...” (PR2)	2

^aN = 5.

As respostas à pergunta colocada no quadro 16 denunciam uma fraca colaboração entre os diferentes profissionais do contexto escolar e os pais relativamente à intervenção com o GAE. Efetivamente, a maioria dos docentes (n = 3) apontou a inexistência de um plano de atuação definido, com estratégias para os pais executarem em casa com os filhos. Por sua vez, os restantes dois professores aludiram que eram fornecidas simplesmente algumas orientações genéricas, fundadas no conhecimento que haviam adquirido através de algumas pesquisas acerca da PHDA.

De realçar que em nenhum dos PIA do GAE se verificou a existência de um plano de intervenção formal para os pais destes alunos, nem tão pouco a menção à necessidade deste aspeto. Não obstante, ao longo das entrevistas ao GPE depreendeu-se algum acompanhamento por parte das entidades externas nesta componente, embora esse facto não possa ser assumido como processo efetivo de intervenção “escola-casa”, cujos princípios foram anteriormente explicitados.

23.4.5 Abordagem multidisciplinar

Tendo em conta os inúmeros desafios que esta problemática coloca, é consensual que a melhor abordagem para a PHDA é alicerçada no conceito transdisciplinaridade (Brock & Clinton, 2007; Weyandt & DuPaul, 2013). Diferentes profissionais das áreas de saúde e educação podem contribuir para a avaliação, diagnóstico e intervenção da PHDA, incluindo

professores, psicólogos, pediatras, psiquiatras e outras especialidades médicas. É extremamente importante a realização de uma avaliação compreensiva realizada por uma equipa multidisciplinar (Cordinhã & Boavida, 2008; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007).

A dimensão que se explora a seguir teve como desiderato perceber de que forma é orientado o processo que se inicia com a sinalização do aluno com PHDA e culmina na intervenção. Para o efeito foram colocadas três questões pertencentes à mesma categoria, mas que originaram diferentes subcategorias, nomeadamente: *Da sua experiência de ensino a estes alunos houve/há uma boa articulação entre o professor, o técnico de Educação Especial e o psicólogo escolar na sinalização/diagnóstico/intervenção de alunos com PHDA?; De que forma é que essa articulação decorre (u) (e.g., relatórios escritos; reuniões mensais; reuniões trimestrais; ensino por tutoria; telefone ou videoconferência; etc.)?; Como a classifica?*.

À margem da informação que se expõe nas tabelas seguintes importa fazer um prelúdio em relação ao tema em debate. Os casos de PHDA analisados foram todos sinalizados em contexto escolar. Não obstante, a fase correspondente à avaliação clínica e psicoeducativa, que por sua vez resultou no diagnóstico, desenvolveu-se externamente à escola. A equipa escolar, nesta fase do processo (i.e., avaliação/diagnóstico), aquando da posse da documentação (e.g., relatórios médicos, psicológicos, pedagógicos, etc.), limitou-se a realizar uma avaliação por referência à CIF e à elaboração do PEI (na maioria dos casos), do qual participaram alguns dos docentes envolvidos. No que respeita à intervenção em contexto escolar, além das orientações contempladas no PEI, não se verificou qualquer definição de estratégias de atuação específicas da PHDA para os professores. Neste particular, registou-se algum acompanhamento desenvolvido por serviços externos.

Com a pergunta apresentada no quadro 17 pretendeu-se que o entrevistado caracterizasse o processo de sinalização/diagnóstico/intervenção, assim como descrevesse os intervenientes e serviços envolvidos.

Quadro 17: Existência de colaboração multidisciplinar escolar^a

Da sua experiência de ensino a estes alunos houve/há uma boa articulação entre o professor, o técnico de Educação Especial e o psicólogo escolar na sinalização/diagnóstico/intervenção de alunos com PHDA?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Colaboração multidisciplinar (escola)	Sinalização/encaminhamento (professor 1.º ciclo)	<p>“realmente a iniciativa partiu de mim ao falar com a mãe, só que em termos de escola não havia, tendo em conta que não se sabia ao certo o que o menino tinha a escola não conseguia dar resposta, porque são vários casos e só há uma psicóloga e a mãe optou, tendo em conta os nossos diálogos, achou melhor levar o menino a uma clínica privada e foi isso exatamente o que a mãe fez” (PR1)</p> <p>“achei que havia ali qualquer coisa e falei com a mãe e pedi à mãe que falasse com o médico de família para um possível despiste de hiperatividade...” (PR3)</p>	2
	Sinalização/encaminhamento (educador de infância)	<p>“não, quem o sinalizou foi a educadora na sala dos quatro anos, quando ele entrou na escola aos 4 anos, eh, foi logo sinalizado como uma criança diferente das outras” (PR2)</p> <p>“eh... ele não foi iniciado por mim, ele foi iniciado no último ano em que o aluno esteve na pré... eh...” (PR4)</p>	2
	Avaliação especializada em contexto escolar (CIF)	<p>“quando a psicóloga da escola tomou conhecimento do relatório no final do 2º período, salvo erro, foi quando eu tive o relatório e fiz o encaminhamento, deu-se logo prioridade, a psicóloga eh foi... pronto, muito eficaz, agarrou o processo e fizemos o encaminhamento, convocamos a mãe, e a psicóloga já teve duas reuniões comigo e com a mãe, e com a professora de educação especial cá da escola, com a educadora da escola, que fez a avaliação do menino tenho em conta a cif, para por o menino nos parâmetros, naquela classificação digamos assim.” (PR1)</p> <p>“nós estivemos a elaborar o PEI para o aluno.” (PR2)</p>	2
	Intervenção	<p>“não houve, mas eu já tive a preocupação de falar com a educadora neste sentido, uma vez que eu não sei se vou ficar cá, acho que, e já falei com a educadora, que no início do ano tem que se aferir muito bem o que é que é melhor para o aluno, em termos de prática, em termos de estratégias” (PR1)</p> <p>“não tive recomendações ou sugestões ou o que é que fosse como lidar com ele como fazer, concretamente como é que se...” (PR4)</p>	3

^aN = 5.

À pergunta generalista formulada acima, foram colocadas outras questões mais específicas, ou seja, o diálogo foi sendo reconduzido pelo entrevistador em função do *feedback* (ou ausência dele) transmitida pelos docentes (e.g., Foi a professora que identificou o presumível problema do aluno?; Participou na avaliação/diagnóstico, de que forma?; Após esta avaliação, houve alguma orientação ao professor sobre a forma como deveria atuar?).

Através das unidades de registo apresentadas no quadro 17, e que dão corpo às subcategorias definidas, constatamos que somente dois docentes entrevistados tiveram uma participação efetiva e direta na sinalização e encaminhamento do aluno com PHDA. Nos restantes três casos o procedimento foi despoletado previamente pelo educador de infância.

Durante muito tempo se construiu a ideia de que um diagnóstico confiável da PHDA só poderia ser feito a partir do momento que a criança iniciasse o 1.º ciclo, contudo, as evidências científicas acumuladas nos últimos anos e as novas diretrizes da Associação Americana de Pediatria apontam para a possibilidade de um diagnóstico fidedigno da PHDA nas crianças em idade pré-escolar. Nestes casos o tratamento de primeira linha será de âmbito comportamental e o farmacológico um método alternativo, caso o primeiro não se revele eficaz (Azevedo, Santos, Gaspar, & Homem, 2012; Kaplan & Adesman, 2011). Não é por isso de estranhar que o processo de sinalização se inicie numa fase mais precoce, as crianças com PHDA já manifestam na pré-escola competências propedêuticas e comportamentos de prontidão para a aquisição das futuras competências académicas básicas inferiores à média e, por isso, é recomendável que as estratégias de intervenção académicas sejam aplicadas o mais cedo possível, desde que haja indícios claros de suspeita de PHDA (DuPaul & White, 2006). Há dados que apontam que a intervenção precoce durante os anos pré-escolares pode produzir melhorias significativas na leitura e matemática para as crianças em risco de dificuldades de aprendizagem, assim como na redução de comportamentos desafiadores (DuPaul, Kern, Caskie, & Volpe, 2015).

No que respeita à fase da avaliação/diagnóstico em ambiente escolar, apenas dois professores afirmaram ter tido algum tipo de envolvimento, nomeadamente na elaboração do PEI do aluno.

Finalmente, no que respeita à última etapa do processo, a intervenção, obtiveram-se três unidades de registo. As respostas fornecidas por três docentes apontam que, além das medidas de resposta educativas contempladas no PEI, não foram definidas estratégias de intervenção específicas para a PHDA que potenciassesem a atividade docente e consequentemente melhorassem a performance comportamental e académica do aluno.

Quando questionados relativamente à aplicabilidade dos procedimentos pluridisciplinares na realização do processo de sinalização/diagnóstico/intervenção e à qualidade dos mesmos definiram-se quatro subcategorias, para as quais resultaram oito unidades de registo (cf. quadro 18).

Quadro 18: Operacionalização de procedimentos multidisciplinares na escola^a

De que forma é que essa articulação decorre (u) (e.g., relatórios escritos; reuniões mensais; reuniões trimestrais; ensino por tutoria; telefone ou videoconferência; etc.)? Como a classifica?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Colaboração multidisciplinar (escola)		Transcrições	
	Reuniões mensais	“aqui dentro da escola nós normalmente reunimos uma vez por período” (PR1)	1
	Informalmente (e.g., conversas pessoais, telefone, email)	“à hora do almoço, eu e a colega do ensino especial almoçamos aqui e acabamos por tratar destes assuntos, à hora do almoço, um bocadinho à tarde à saída, por correio eletrónico, lá vai a planificação... esta articulação é feita assim, é feita de forma muito informal ao longo de todo o ano, a gestão das nossas disponibilidades de horário, não é, que o horário da professora do apoio nem sempre é o meu, os horários de saída e tudo mais. com a psicóloga, sempre que eu preciso de um apoio muitas vezes é telefonicamente” (PR3) “vamo-nos encontrando nos corredores e conversamos” (PR2)	2
	Inexistente	“ela neste momento praticamente não existe” (PR4) “porque é assim, eu parti do princípio de que como ele estava a ser acompanhado pela entidade externa, tava a ser avaliado lá, eu não ia fazer um novo pedido de avaliação e estar a sobrepor serviços...” (PR5)	2
	Reduzida	“é assim, a interação é muito reduzida, a verdade é essa, com a psicóloga da escola todos os períodos eu reúno-me uma vez, para analisar a evolução, algum retrocesso, alguma necessidade de adaptar noutras áreas, ou às vezes ela dá-me novas estratégias, ela ajuda-me a encontrar novas estratégias para colmatar pequenas situações que foram surgindo” (PR3) “o que é feito aqui por nós é a intervenção... o que é que francamente nos falta aqui ao nível da intervenção... falta-nos tempo, falta-nos tempo para podermos nos sentar, para podermos conciliar estratégias” (PR2)	3

^aN = 5.

Dos docentes que admitiram a interlocução com outros profissionais escolares, um afirmou que tal ocorria através de reuniões mensais, sendo que outros dois professores relataram que estes procedimentos sucediam por via informal, sempre que se proporcionasse. Em coerência, quando colacionados com a qualificação desta articulação, dois docentes catalogaram-na como inexistente, sendo que os restantes três participantes afirmaram que a interação com outros profissionais é reduzida. Já foi explicado antes que o acesso aos elementos de diagnóstico mais recomendados não é da exclusividade dos psicólogos escolares, mas é reconhecido que estes, dada a sua formação académica, podem prestar um excelente contributo, uma vez que parte da sua preparação foi direcionada para o uso de técnicas e procedimentos frequentemente utilizados neste âmbito (e.g., como usar escalas de avaliação, realizar entrevistas, administrar e interpretar testes psicológicos e realizar observações comportamentais). Para além dos motivos legais, especificamente a obrigatoriedade das escolas terem serviços de psicologia e orientação (e.g., DL 3/2008 e DLR 15/2006), as razões acima expostas mostram que os psicólogos educacionais podem ter um papel importante na avaliação da PHDA e na mediação da informação com outros profissionais de saúde (Brock & Clinton, 2007). Simultaneamente, uma vez que conhecem a perturbação e a forma como se manifesta, podem coordenar as equipas multidisciplinares das escolas no planeamento e desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais (Bylund, 2015; Salmon & Kirby, 2009). Noutro prisma, projetou-se também a apreciação da envolvimento de serviços e profissionais externos à escola em todo o processo (cf. quadro 19), tal como está previsto pelo DL 3/2008, no seu artigo 30 e também pelo DLR 15/2006, no seu artigo 40.

Quadro 19: Operacionalização de procedimentos multidisciplinares fora do âmbito escolar^a

Alguma vez foi contactada por um profissional de saúde ou entidade externa à escola para facultar informações acerca do seu aluno? Se sim, em que âmbito e como classifica a comunicação utilizada?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Colaboração multidisciplinar (serviços externos)	Sim	Transcrições	5
	Contacto aquando do processo de avaliação/diagnóstico	<p>“fui contactada e contatei-os também, a verdade é esta”</p> <p>“contactos que eu tenha tido, eh externos à escola sobre o aluno, foi aquela escala que o profissional da entidade externa me enviou no início” (PR4)</p> <p>“eh, eu fiz um um, eu acho que preenchi... uma escala exatamente em que havia não sei quantos a quantos...” (PR1)</p> <p>“A nível externo, apenas este ano foram pedidos alguns dados, eh, para o psicólogo da entidade externa que ele frequenta” (PR5)</p>	4

Quadro 19: Operacionalização de procedimentos multidisciplinares fora do âmbito escolar^a (Cont.)

Alguma vez foi contatada por um profissional de saúde ou entidade externa à escola para facultar informações acerca do seu aluno? Se sim, em que âmbito e como classifica a comunicação utilizada?		
Contacto de acompanhamento/intervenção	<p>“fui contatada para fazer o ponto de situação lá antes do final do ano letivo, antes do final do ano letivo fizemos reunião, eh, fui eu, foi a nossa psicóloga e foi a professora que o apoia também, fizemos um ponto de situação” (PR3)</p> <p>“houve também algumas vezes em que o psicólogo ligava para saber como estava o comportamento dele... e em termos de medicação acho que houve uma altura em que houve alteração da medicação, e ele perguntou se tinha havido algumas alterações, se eu tinha notado algumas diferenças, foi sobretudo em relação a estes aspetos.” (PR5)</p>	2
Insuficiente	<p>“inclusivamente dei os meus contatos telefónicos, de <i>email</i> e disponibilizei-me para ir lá se eles precisassem de conversar um bocadinho sobre a postura dele em sala de aula, as dificuldades de aprendizagem e isso, pronto e na verdade o contato foi muito reduzido, foi só um pedido de elementos e depois o que é que eles fizeram, enviaram-me um relatório.” (PR2)</p> <p>“é assim, por telefone, não havia agenda de reuniões, também porque era complicado conciliar as horas, eh normalmente era por telefone e em situações em que o aluno estava pior, ou quando a psicóloga tinha alguma orientação para me dar... eu cheguei ir lá algumas vezes, mas era sobretudo por telefone” (PR3)</p> <p>“através dos pais, recebi um envelope com um papelinho lá dentro e aquilo no fundo eu entendi como um raspanete porque o menino foi dizer que tinha ficado de castigo, contou a sua versão e... foi um bocado dar... uma lição de moral de que o aluno era sempre penalizado, relativamente às sanções disciplinares que fossem... eh aplicadas à turma... ninguém me perguntou o que é que se tinha passado o que é que não se tinha passado o que é que... ouviram uma versão, é claro que eles contam aquilo que lhes interessa, não ouviram a outra e mandaram-me um recadinho, portanto isto foi o que eu tive, que fosse externo à escola.” (PR4)</p>	4
Moroso	<p>“a nossa maior dificuldade é obtermos o feedback dos diagnósticos, conseguir o feedback dos pedopsiquiatras, e a escola precisa porque se for, para alterar medidas para outras mais restritas do regime educativo especial eu preciso de alguma coisa, de algum relatório para salvaguardar as nossas decisões e o melhor encaminhamento possível a ser dado ao aluno” (PR3)</p>	4

Quadro 19: Operacionalização de procedimentos multidisciplinares fora do âmbito escolar^a (Cont.)

Alguma vez foi contatada por um profissional de saúde ou entidade externa à escola para facultar informações acerca do seu aluno? Se sim, em que âmbito e como classifica a comunicação utilizada?

Moroso

“nada, nada, mas eu pus-me à disposição, até porque insisti muito com a mãe, estava muito preocupada, insisti várias vezes com a mãe porque o relatório levou muito tempo a chegar à escola, e eu insisti com a mãe, logo que o tivessem, porque sem o relatório não é possível despoletar todo o restante processo em termos, em termos, formais...”(PR1)

^aN = 5.

Com efeito, através das descrições apresentadas no quadro 19, podemos aferir que a globalidade dos docentes confirmou a participação de serviços e profissionais externos à escola no processo de avaliação/diagnóstico, mas também na intervenção. Objetivamente, quatro professores referiram ter disponibilizado informação escolar do aluno (i.e., através do preenchimento de escalas e elaboração de relatórios) aquando da avaliação/diagnóstico e dois deles asseguraram ter interagido ao nível do acompanhamento/intervenção (i.e., *follow-up* em relação ao comportamento, rendimento escolar e efeitos da medicação). Não obstante, ficaram patentes críticas ao desenrolar deste processo. Em concreto, quatro professores qualificaram-no como insuficiente, manifestando algum desagrado em relação à maneira como a comunicação foi realizada e expressando a necessidade de contatos mais efetivos. Por outro lado, o mesmo número de docentes salientou a demora na entrega dos relatórios, resultantes do processo de avaliação/diagnóstico, situação que acarreta complicações para o percurso escolar do aluno, nomeadamente no que diz respeito à avaliação que é feita na escola ao nível do REE, procedimento este que carece de documentação de suporte em relação à avaliação/diagnóstico clínico e psicoeducativo efetuado.

Dadas as inúmeras dificuldades associadas à PHDA a curto e longo prazo, é excecionalmente importante a utilização de instrumentos e métodos fiáveis para a realização do diagnóstico e planeamento da intervenção. Os elementos provenientes da escola, incluindo as classificações dos professores, as avaliações de desempenho, as observações em contexto natural e outros registos escolares são imprescindíveis para um diagnóstico rigoroso e eficaz. Os profissionais escolares devem ser ativamente envolvidos em todas as fases do processo de avaliação, nomeadamente: sinalização; avaliação multidisciplinar; planeamento da intervenção e avaliação dos resultados da intervenção (DuPaul, 2004).

23.4.6 Lacunas e sugestões de melhoria

Nesta dimensão tivemos como finalidade identificar pontos fracos relativamente à educação de alunos com PHDA, assim como recolher opiniões dos docentes sobre os aspetos que devem ser aperfeiçoados, tendo sido colocada a seguinte questão: *Na sua opinião, há recursos humanos e materiais na escola onde leciona para uma resposta atempada e adequada a este tipo de alunos?* (cf. quadro 20).

Quadro 20: Atendimento escolar a alunos com PHDA (falhas)^a

Na sua opinião, há recursos humanos e materiais na escola onde leciona para uma resposta atempada e adequada a este tipo de alunos?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Lacunas		Transcrições	
	Suficiente	“é assim... até agora não temos sentido falta” (PR2)	1
	Insuficiente	“humanos não, nem para os outros todos que seriam precisos, para os outros meninos do ensino especial” (PR5) “A minha opinião é que faltam recursos humanos, faltam, eh, faltam recursos materiais, faltam os espaços lúdicos, recursos lúdicos, porque se calhar são crianças que fazem a aprendizagem com mais facilidade com outro género de recursos, de jogos didáticos, de jogos de construção seja o que for, não é, pronto, eh...” (PR3) “no meu entendimento não, ou seja, nós temos efetivamente professores neste momento, a professora de educação especial vai-se reformar, mas também temos um professor especializado em necessidades educativas especiais, mas é claro que também são de uma forma muito generalista, pronto...” (PR1)	4

^aN = 5.

Dos relatos obtidos à questão em epígrafe identificada no quadro 20, podemos constatar que a larga maioria dos docentes (n = 4) considera a inexistência de recursos humanos e materiais em número suficiente nas escolas para uma resposta educativa de qualidade aos alunos com PHDA, enfatizando sobretudo a falta de profissionais especializados, com qualificação/conhecimento profícuo para atender os alunos com NEE. Ao invés, apenas um professor destacou existirem as condições necessárias para corresponder de forma eficiente ao ensino destes alunos.

Depois de sinalizados os problemas, pretendeu-se determinar possíveis soluções para a sua resolução e, por isso, foi colocada a seguinte questão: *Que sugestões daria para a melhoria das práticas educativas adotadas na sua escola para com este tipo de alunos?*

Quadro 21: Atendimento escolar a alunos com PHDA (recomendações)^a

Que sugestões daria para a melhoria das práticas educativas adotadas na sua escola para com este tipo de alunos?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Sugestões de melhoria		Transcrições	
	Reforço da equipa multidisciplinar	<p>“outro problema que é os efetivos especializados que existem, o efetivo o número de pessoas que existe, eh, segundo o conselho executivo pedem não sei quanto todos os anos que é aquilo que eles consideram que é necessário para corresponder ao número de casos que têm, e só lhes dão metade” (PR4)</p> <p>“realmente mais recursos humanos seria, e se possível, ou seja, não era preciso a escola ter, mas que houvesse no agrupamento pessoas com várias especialidades e que pudessem efetivamente correr todas as unidades” (PR1)</p>	3
	Maior qualificação	<p>“e estes recursos humanos também estão em falta também quando é para responder depois na aplicabilidade das medidas...” (PR1)</p> <p>“nós aqui temos apenas uma educadora de infância... especializada... mas não incide como lhe disse especificamente na área da hiperatividade mas na área do apoio pedagógico personalizado, se calhar ele, visto que tem as duas coisas, ele precisava de coisas distintas, uma coisa é um apoio pedagógico personalizado, outra coisa é o apoio para a hiperatividade que ele tem, se calhar na minha opinião umas atividades mais direcionadas para a atenção para a concentração.” (PR4)</p> <p>“temos um professor especializado em necessidades educativas especiais, mas é claro que também são de uma forma muito generalista, pronto...” (PR1)</p>	3
	Melhorar o processo de avaliação/diagnóstico	<p>“os próprios processos de diagnóstico, pronto de avaliação com os alunos são muito demorados, todos eles... eu faço por exemplo um processo de avaliação em setembro e o miúdo na melhor das hipóteses é avaliado no final do ano e às vezes ainda passa para o ano seguinte” (PR4)</p> <p>“não estão despertos, não estão vocacionados para este tipo de despistes, o que é certo é que eles não acontecem, e não me parece que ainda tenha havido algum de hiperatividade feito pelo spo” (PR3)</p>	2

Quadro 21: Atendimento escolar a alunos com PHDA (recomendações)^a (Cont.)

Que sugestões daria para a melhoria das práticas educativas adotadas na sua escola para com este tipo de alunos?		
Maior colaboração entre os profissionais especializados e o professor titular de turma na intervenção	“acompanhamento mais próximo por técnicos mesmo especializados, eh, que faz falta... e mais orientação para nós também para sabermos como lidar com estas situações, com estes miúdos... e acho que estes meninos deviam ter um apoio mais constante destes técnicos” (PR5) “que o trabalho não fosse feito apenas com o aluno, estas pessoas especializadas deveriam trabalhar no meu entender com o professor titular de turma... em termos de planificação de trabalho, de orientação, de aferição daquilo que é feito e daquilo que não é feito, como é que se pode fazer, no meu entender, eh... isso é uma das coisas que acho que devia melhorar” (PR5)	2
Apoio educativo/pedagógico em contexto de sala de aula	“pronto, a falha é, se houvesse um professor que viesse dar o apoio dentro da sala, e que não retirasse a criança do seu ambiente isso seria o ideal” (PR5) “o professor especializado cooperar em termos de sala de aula com o professor titular de turma, fazer um trabalho, não quer dizer que retirasse o menino, até porque eu não sou apologista disso, mas que trabalhasse com o professor dentro da sala de aula, para mim seria fundamental” (PR3)	3
Alteração das medidas de resposta educativa contempladas na legislação	“a direção regional de educação ou o próprio ministério da educação a mobilizar recursos às escolas, não para retirar as crianças da sala de aula, mas para complementar o apoio que eles têm, dentro da sala de aula, porque a parte da integração das crianças, da evolução é feita dentro da sala” (PR2) “uma condição mais que necessária para este tipo de miúdos, será estar inserido em turmas pequenas, com um número reduzido de alunos, que já não existem, porque antigamente havia a medida, a resposta educativa de redução de turma e que agora a redução de turma só existe em casos excecionais e não é para o caso dele, eh... estar inseridos em turmas reduzidas e de um nível só” (PR4)	2

^aN = 5.

O quadro 21 apresenta o sumário de resultados alcançados na categoria “sugestões de melhoria”, a qual foi tipificada em seis subcategorias através de 15 unidades de registo. Na realidade, os professores destacaram um conjunto de medidas diversificado que, de acordo com a sua avaliação, podem melhorar o atendimento que é realizado nas escolas aos alunos com NEE, entre os quais se incluem os que têm PHDA.

Entre as propostas apresentadas, três docentes consideraram essencial o “reforço da equipa multidisciplinar”, uma “maior qualificação” e o “apoio educativo/pedagógico em contexto de sala de aula”. Efetivamente, já havia sido destacada a carência de profissionais especializados para atender os casos de alunos com NEE, mas também a falta de preparação que alguns destes agentes educativos denotam na gestão destas situações, em particular no que toca aos alunos com PHDA. Neste domínio, uma investigação desenvolvida por Handler e DuPaul (2005) concluiu que apenas 15% dos psicólogos analisados (n = 230) admitiu utilizar vários métodos e técnicas compatíveis com as normas recomendadas nos manuais de boas práticas neste campo, algo que certamente é motivo de preocupação.

Concomitantemente, os docentes são da opinião que, perante a necessidade de algum reforço ao nível do apoio educativo/pedagógico, este deveria ser fornecido em contexto de sala de aula e nunca fora deste ambiente.

Por sua vez, dois professores ressaltaram as seguintes estratégias: “melhorar o processo de avaliação/diagnóstico”, “maior colaboração entre os profissionais especializados e o professor titular de turma na intervenção” e “alteração das medidas educativas contempladas na legislação”. Na verdade, se considerarmos a informação enumerada anteriormente, grande parte do processo de avaliação/diagnóstico é desenvolvido por serviços externos, muito por culpa da ausência de especialistas nas equipas multidisciplinares das escolas, o que, por si só, poderá ser um fator que contribui para a morosidade do processo e conseqüentemente para a prolação de uma intervenção diligente. Neste âmbito, os professores reivindicam, não só um acompanhamento direto ao aluno, mas também, e fundamentalmente, uma assessoria mais eficiente para a prática docente com estes alunos. Por último, são identificadas duas questões de cariz mais normativo, especificamente: (i) a relevância do apoio educativo/pedagógico ser ministrado em contexto de sala de aula e (ii) a conveniência destes alunos estarem inseridos em turmas reduzidas.

23.4.7 Dificuldades e necessidades formativas

A última dimensão seguida no roteiro da entrevista, “dificuldades e necessidades formativas”, visou perceber quais os constrangimentos dos professores na docência a alunos com PHDA (*Quais as suas principais dificuldades sentidas na docência destes alunos?*).

Quadro 22: Complexidade do ensino a alunos com PHDA^a

Quais as suas principais dificuldades sentidas na docência destes alunos?			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Dificuldades		Transcrições	
	Manter a atenção/concentração do aluno	<p>“uma das coisas que é difícil com o aluno realmente é captar-lhe a atenção, a concentração, é chamá-lo às atividades” (PR1)</p> <p>“precisava de alguém que dissesse agora lê agora faz agora não te distraias, ele não tinha... e claro que a maior parte do tempo ele estava distraído” (PR4)</p> <p>“é assim, mesmo com apoio individualizado é muito difícil ajudar estes meninos a concentrarem-se, muito muito muito difícil, de eles absorverem os conceitos” (PR5)</p>	3
	Motivar o aluno para as tarefas	<p>“é a motivação, é criar um conjunto de tarefas que o motivem, que o deixem estar ali na sala” (PR2)</p>	1
	Disponibilidade para um ensino mais individualizado	<p>“a principal dificuldade é o tempo, o tempo, eh, que nós temos, eh, para atender a todas as crianças, e depois não falhar jamais com estes meninos que precisam de muito do nosso tempo para não falharem” (PR3)</p> <p>“é dentro desta extensão e esta ambição destas metas a que nos obrigam, não é, desta pressão, desta pressa de dar o programa, de trabalhar, de consolidar... eh, é dentro disto tudo conseguirmos fazer o nosso melhor por estes alunos, para que eles não se sintam preteridos, não se sintam, não é, postos de parte e consigam de alguma forma acompanhar... porque é cada vez mais difícil para este género de meninos acompanhar” (PR1)</p>	3

^aN = 5.

Ao analisarmos os testemunhos dos professores reproduzidos no quadro 22, percebemos de forma clara e inequívoca que os principais problemas com que se deparam no ensino de alunos com PHDA, e que são de certa forma indissociáveis, passam por conseguir captar e manter a atenção do aluno na realização das tarefas escolares, assim como despender mais tempo para a monitorização do trabalho desenvolvido por estes alunos, isto sem descurar a dinâmica da gestão da sala de aula e o cumprimento do programa curricular (n = 3). Adicionalmente, outro aspeto que foi salientado por um docente, prende-se com dificuldade em organizar tarefas diferenciadas que promovam uma maior envolvimento do aluno para a sua execução.

Neste contexto, uma das perguntas inevitáveis seria a relação entre as dificuldades supramencionadas e a formação proporcionada aos professores. Deste modo foram colocadas

duas questões, especificamente: *Acha que tem formação suficiente para lidar com alunos com PHDA?*; e *Sabendo que a formação é contínua elenque as suas necessidades neste âmbito.*

Quadro 23: Componente formativa^a

5.1. Acha que tem formação suficiente para lidar com alunos com PHDA? Sabendo que a formação é contínua elenque as suas necessidades neste âmbito.			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Necessidades formativas	Insatisfatória	Transcrições	
		“formação base se calhar temos, é verdade, tudo bem... o que nos faz falta é alguma formação contínua” (PR2)	2
	Inexistente	“formação, acho que não tenho nenhuma.” (PR4)	3
		“Não, formação não, formação científica” (PR1)	
Formação ao nível da intervenção	“não é uma formação teórica, tem de ter uma formação em que inclua várias estratégias de trabalho” (PR1)	5	
		“o reciclar de ideias quanto a estratégias de atuação e outras dinâmicas” (PR3)	
		“acho que esta parte prática é extremamente importante, e a minha dificuldade é acho que a dificuldade de outros colegas que trabalham com estas crianças é como é que se faz, não é, como é que se ajuda estas crianças a concentrar, e a minha preocupação no início era o que é que eu vou fazer para este miúdo ficar concentrado, como é que eu o vou fazer aprender, como é!” (PR5)	
	Reuniões periódicas com profissionais especializados	“se os pedopsiquiatras e psicólogos que trabalham com estes meninos e diagnosticam e têm intervenções clínicas com eles, se reunissem com os professores e dessem mais orientações isto seria o ideal... uma reunião periódica, uma vez por mês, analisar a evolução, analisar os retrocessos, analisar situações pontuais, dar-nos novas estratégias, reforçar também a nossa, a nossa, eh... atuação com as crianças” (PR3)	4
		“se calhar ao ser detetada uma determinada problemática na sua sala, seria se calhar importante ter... formação ou reunião, eh, chamam-lhe aquilo que quiserem, com alguém do SPO ou de outro sítio, direcionado naquela problemática mais no sentido de, especificamente olhe as características de um miúdo assim, são assim, as características de um miúdo com esta problemática são estas, ele normalmente reage desta forma, a melhor maneira ou até agora aquela que tem dado mais resultados para lidar com ele será esta e esta e esta, vamos ver se dá certo com este aluno... e ver se daí a dois ou três meses resulta...” (PR4)	

Quadro 23: Componente formativa^a (Cont.)

5.1 Acha que tem formação suficiente para lidar com alunos com PHDA? Sabendo que a formação é contínua elenque as suas necessidades neste âmbito.	
Reuniões periódicas com profissionais especializados	“formação dada por especialistas, por psicólogos, por pedopsiquiatras, que nos ajudem a perceber estas problemáticas, as suas aplicações, possíveis formas de controlarmos tudo isto, não é” (PR5)
Formação interpares	“acho que muito formação interpares também poderemos conversar, termos momentos para conversarmos e ouvirmos pessoas que já trabalharam com casos mais complicados, ouvir o que é que elas fizeram, como é que organizaram a sua sala, o que é que conseguiram fazer, não é, para melhorar” (PR3)

^aN = 5.

Perante o exposto no quadro 23, facilmente se depreende escassez de conhecimento dos professores para lidar com alunos com PHDA, sendo que três admitiram não ter qualquer formação para o preceito e os restantes dois defenderam que a sua instrução é exígua. Neste enquadramento, foi unânime entre os participantes a necessidade de mais e melhor formação, principalmente ao nível da intervenção, que abarque um vasto leque de estratégias de ensino para com estes alunos.

De facto, há indícios de que uma breve intervenção psicoeducacional de sensibilização e conhecimento da PHDA para os professores pode ser eficaz no cumprimento deste desígnio (Aguiar et al., 2014).

Por sua vez, a quase totalidade dos professores (n = 4) advoga que uma forma de suprir as suas lacunas poderia ser o estabelecimento de reuniões periódicas com profissionais especializados, que os pudessem explicar em que consiste a perturbação, as características destes alunos e as formas de atuação, nomeadamente através da monitorização conjunta do comportamento destas crianças, da sua evolução e das alterações que se poderão fazer no processo de ensino/aprendizagem destes alunos.

Finalizando, dois professores são da opinião que a partilha de conhecimentos com outros colegas de profissão com experiência de ensino a alunos com PHDA seria uma forma eficiente e produtiva de formação.

24 Discussão geral dos resultados

Chegados à última etapa deste capítulo, compete-nos, por fim, proceder à análise geral dos dados, apresentando as respetivas conclusões, de forma permeável e clara, que permita

demonstrar a coerência global da investigação, isto é, se as questões foram ou não respondidas e os objetivos alcançados. Este é, simultaneamente, o momento de avançarmos com a discussão dos resultados obtidos por referência ao quadro concetual e à experiência adquirida no decorrer do trabalho empírico.

Aqui são discutidas as três componentes principais da investigação (i.e., conhecimento dos professores acerca da PHDA, dificuldades dos alunos com PHDA em contexto escolar e práticas educativas na PHDA), cruzando a informação alcançada com o recurso às diferentes técnicas utilizadas e explicadas anteriormente, analisando pontos de convergência e aspetos divergentes, que nos garantam ilações pertinentes.

24.1 O conhecimento dos professores visto pelo QACP, EVDPP e entrevistas

Antes de mais acreditamos que a configuração do QACP (i.e., com perguntas abertas e fechadas, que mistura características de instrumentos nacionais e internacionais), as condições da sua aplicação (i.e., administração de forma direta e presencial), o tamanho substancial da amostra, assim como a informação coadjuvante (i.e., proveniente da EVDPP e das entrevistas) nos permite fazer um retrato fiel daquilo que os docentes do 1.º ciclo dos Açores sabem acerca da PHDA e do que necessitam aprimorar. As afirmações de carácter geral serão diluídas nas restantes dimensões do QACP definidas e anteriormente reportadas. Alguns destes aspetos constituem mitos bastantes enraizados e por isso merecem ser destacados.

Na generalidade os professores inquiridos mostraram um conhecimento acurado das principais questões que envolvem a PHDA, mais acentuado do que alguns dos professores que participaram nas investigações anteriormente descritas (especialmente as que foram desenvolvidas em países não ocidentais), embora seja manifestamente necessário um maior investimento no esclarecimento de alguns aspetos que podem ser determinantes, particularmente em relação à etiologia e aos processos de sinalização, diagnóstico e encaminhamento.

Dos resultados mais positivos, destacamos o reconhecimento pelos professores de que a PHDA:

- 1) É uma perturbação carácter permanente.
- 2) Não é fruto da má educação, mas sim deriva essencialmente de fatores de natureza intrínseca.

- 3) É uma perturbação que atinge os dois sexos (i.e., masculino e feminino).
- 4) É caracterizada por três tipos de sintomas diferentes (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade), em especial os de défice de atenção.
- 5) É uma condição clínica heterogénea, apresentando com frequência outras perturbações associadas (e.g., PAE, PDO, problemas académicos e de relacionamento interpessoal).
- 6) Requer a implementação de diferentes estratégias de intervenção e práticas educativas. Em particular, foi mencionada a importância da medicação no tratamento da PHDA e a necessidade recorrente da aplicação de serviços e medidas da educação especial.

Das lacunas mais evidentes, realçamos o pouco conhecimento dos professores da (o) (s):

- 1) Influência da hereditariedade no desenvolvimento da PHDA.
- 2) A possibilidade de o ambiente familiar atuar como catalisador dos sintomas da perturbação.
- 3) Diferentes apresentações da PHDA (i.e., desatenta, hiperativa/impulsiva e combinada).
- 4) Protocolo de avaliação usado para a realização do diagnóstico.
- 5) Centros especializados em PHDA nos Açores.

24.1.1 Epidemiologia

A quase totalidade dos professores que participaram no estudo 1 sabe que a PHDA não é uma perturbação exclusiva do sexo masculino, pois 95% respondeu negativamente à afirmação “A PHDA só afeta rapazes”, indo ao encontro dos resultados obtidos por Kos et al. (2004), em que, perante a mesma afirmação, 95.8% dos professores australianos em serviço que participaram no estudo indicou a opção correta. Ao invés, os professores trinitário-tobagenses parecem desconhecer que a PHDA também atinge o sexo feminino, pois 73.1% respondeu que sim a esta afirmação (Youssef et al., 2015).

Todavia, não houve entre os respondentes a mesma concordância em relação à prevalência superior desta perturbação nos rapazes, uma vez que apenas 42.7% admitiu esta situação, um valor mais próximo dos 41.4% alcançado na investigação de Youssef et al. (2015) do que dos 81.7% dos professores australianos em serviço (Kos et al., 2004). Outras investigações portuguesas apontam percentagens compreendidas entre os 50.9-74.7% (e.g., Cardoso, 2013;

Espada, 2011; Lourenço, 2009; Pinto, 2013; Simão, 2013) de professores que responderam corretamente a esta questão.

Apesar de ter de ser devidamente explicada à classe docente, esta segunda evidência não nos parece muito grave. Em primeiro lugar porque a percentagem é próxima dos 50% e porque noutras investigações desenvolvidas em Portugal é até superior. Depois, porque como anteriormente explicado, existe um subdiagnóstico na população feminina, por isso, o que seria problemático era se os docentes não reconhecessem a possibilidade de diagnóstico da PHDA neste sexo.

Embora esta questão não tenha sido analisada neste estudo, há dados a indicar que os professores não estão muito conscientes da prevalência geral desta perturbação na população infantil, que é de aproximadamente 5%. À afirmação “A maioria das estimativas sugerem que a PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar”, a maioria dos professores sauditas (73.7%) respondeu que não sabe (Alkahtani, 2013), ao passo que apenas 37.8% dos professores americanos indicou a alternativa acertada (i.e., que não) (Sciutto et al., 2000). Por outro lado, apenas 35.8% dos professores australianos e 30.6% trinitário-tobagenses admite que “aproximadamente 5% das crianças em idade escolar têm PHDA” (Kos et al., 2004; Youssef et al., 2015).

Resultados finais a reter:

- (i) Os docentes estão informados de que a PHDA atinge os dois sexos.
- (ii) É necessário melhorar o conhecimento de que a PHDA é efetivamente mais comum no sexo masculino.
- (iii) Torna-se importante alertar para a correta prevalência geral da PHDA.

24.1.2 Etiologia

Um dos maiores mitos envolvidos na PHDA é o de que esta perturbação resulta de falhas na educação parental ineficaz, do qual visivelmente os docentes inquiridos (estudo 1) não comungam, na medida em que 94.5% assinalou que não à afirmação “A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais”. Quando comparado este dado com o de outras investigações reforçamos a nossa convicção de que as diferenças não só resultam de aspetos metodológicos, mas também de questões culturais e socioeconómicas. Com efeito, estudos desenvolvidos na Austrália e nos EUA apresentam percentagens entre os 78.8-91.1% de professores que

discordam com a afirmação “a PHDA é o resultado de práticas parentais pobres” (Kos et al., 2004; Ohan et al., 2008; Sciutto et al., 2000). No sentido oposto, investigações realizadas na Arábia Saudita e no Sri Lanka, em que apenas 11.9% e 19.9% dos professores, respetivamente, responderam acertadamente a esta questão (Alkahtani, 2013; Rodrigo et al., 2011), contribuem para esta nossa visão.

Os nossos resultados aproximam-se da realidade investigada na Austrália e EUA, uma vez que apenas 13.4% dos participantes sinalizaram a opção “Fatores associados ao funcionamento familiar (Ex: práticas educativas desajustadas)”, um resultado aproximado ao de outras investigações portuguesas (e.g., Cardoso, 2013; Lourenço, 2009; Simão, 2013) em que entre 13.9-34.5% dos professores selecionaram esta opção de resposta.

Além disso, quando colocada a questão etiológica desta perturbação diretamente aos professores entrevistados, apenas um mencionou este aspeto, nos seguintes termos:

“eu acho que é ali um misto, acho que é algo intrínseco e é algo que ele faz também porque, de certa forma é a única atenção que ele recebe... é um meio familiar, uma dinâmica familiar complexa”. Este dado está alinhado com outras investigações em que somente entre 26.7-35% dos professores concordou com a afirmação “ a disfunção familiar pode aumentar a probabilidade de uma criança ser diagnosticada com PHDA” (Kos et al., 2004, Youssef et al., 2015).

Por outro lado, os professores que participaram neste estudo parecem ainda não estar totalmente informados em relação à influência da hereditariedade. Mais de metade dos participantes do estudo 1 (58.2%) não sabe que “A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral”. De facto, esta evidência já havia sido reportada na literatura, um número baixo de professores (16.6-42.5%) considera que a “PHDA pode ser herdada” (Kos et al., 2004, Youssef et al., 2015) e não mais que 18.9% acredita que “(...) é mais comum nos parentes biológicos de 1.º grau (i.e., pai ou mãe) de crianças com PHDA do que na população geral” (Alkahtani, 2013). De outro modo, apenas 26.7% indicou os “Fatores genéticos” como estando na origem da PHDA, contrariando outros estudos nacionais em que este foi o fator etiológico a registar uma maior frequência (e.g., Cardoso, 2013; Lourenço, 2009; Simão, 2013).

Nas entrevistas ao GPE, apesar três dos participantes (num total de cinco) terem mencionado a natureza genética, no seu discurso denotou-se muita insegurança em relação a este assunto, pareceu-nos que esta indicação resulta do facto de que a maioria das perturbações e doenças tem quase sempre subjacente a componente genética e, por isso, apontaram este fator.

De sublinhar que 65.6% dos participantes do estudo 1 considerou que a PHDA deriva de disfunções neurológicas. Um dos professores entrevistados referiu que “(...) acho que é tudo uma parte mental, não é, em termos de funcionamento cerebral”. Contudo, sublinha-se novamente a importância da explicação das estruturas neuroanatómicas eventualmente envolvidas (córtex pré-frontal) e as funções neurocognitivas mais afetadas (e.g., funções executivas) na PHDA.

Um outro aspeto a destacar é que a larga maioria dos participantes do estudo 1 não aceita que a “Ingestão em excesso de açúcar e outros alimentos com aditivos” possa originar a PHDA, uma vez que unicamente 1.4% indicou esta alternativa. Nota-se neste particular um claro desfasamento com a literatura internacional, pois mais de metade dos professores, entre 51-75%, entendem que este pode ser um fator importante para a explicação da PHDA (Kos et al., 2004; Ohan et al., 2008).

Por último, salienta-se que a opção que reuniu maior aprovação entre os participantes do estudo 1 (72.8%) foi justamente uma das que foram colocadas para propiciar um efeito distrator, isto é, atribuir a origem da PHDA a “Causas de natureza psicológica (Ex: ansiedade, problemas emocionais, dificuldades interpessoais). Não tendo esta questão sido vencedora nas entrevistas, admitimos que o propósito foi cumprido, ou seja, este resultado apenas confirma a indefinição no conhecimento que os professores têm acerca da etiologia da PHDA, mas não que acreditam que a perturbação derive deste tipo de fatores de natureza psicológica.

Resultados finais a reter:

- (i) Os professores que participaram neste estudo sabem perfeitamente que a PHDA não é, acima de tudo, fruto de práticas educativas parentais disfuncionais, nem que é originada pela ingestão de açúcar ou outros aditivos alimentares. Todavia, será necessário uma maior consciencialização para o papel que o ambiente familiar poderá desempenhar na expressão dos sintomas desta perturbação.
- (ii) Um outro ponto crucial é os professores entrevistados reconhecerem o papel determinante da hereditariedade. Nesta investigação aconteceu que alguns dos alunos investigados têm irmãos na mesma escola (alguns com suspeita de PHDA, de acordo com a informação no PIA), sendo que o conhecimento dos professores nesta matéria poderá alertá-los para uma avaliação mais rigorosa do comportamento destas crianças.
- (iii) É essencial explicar o que representam as FE e qual o impacto que os problemas neste âmbito têm na vida escolar das crianças com PHDA.

24.1.3 Semiologia

De acordo com o que foi possível apurar parece não haver grandes dúvidas de que os participantes desta investigação sabem quais são os sintomas nucleares da PHDA. Com efeito, 78.8% (estudo 1) confirmou que “O conhecimento atual acerca da PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de déficit de atenção e outro que consiste na hiperatividade/impulsividade”, um resultado muito próximo do observado no estudo norte-americano de Scitutto et al. (2000), que foi de 80.5, mas distante dos resultados observados na investigação conduzida na Arábia Saudita, na qual 15.2% dos professores concordaram com a afirmação em análise (Alkahtani, 2013).

A ideia de que “Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA” foi também aqui refutada pela maioria dos professores inquiridos (74%), indo ao encontro da opinião de 79.8% professores australianos (Ohan et al., 2008), embora uma vez mais se confirme baixa concordância dos professores sauditas nesta questão (15.2%) (Alkahtani, 2013). As diferenças culturais encontram-se também perante a afirmação “todas as crianças com PHDA são hiperativas”, em que 77.5% dos professores em serviço australianos respondeu acertadamente (Kos et al., 2004), em contraste com os 48.1% professores trinitário-tobagenses (Youssef et al., 2015).

De resto, os inquiridos no estudo 1 da na nossa investigação indentificaram a tríade sintomática da PHDA, embora a indicação mais frequente de dois dos três sintomas exigidos tenha recaído no déficit de atenção (e.g., 64.2% assinalou a opção “Tem dificuldade em focar a atenção”) e o outro na hiperatividade (i.e., 43% escolheu a alternativa “Tem dificuldade em permanecer sentado”). Resultados de outros estudos confirmam esta tendência (e.g., na investigação de Scitutto et al., 2000, 89.3% dos professores assume que a criança com PHDA “ Mexe constantemente as mãos ou pés ou não para quieto/a na cadeira” e 88.6% admite que “Distrae-se facilmente com estímulos externos”).

Da análise às entrevistas realizadas podemos confirmar que os sintomas de déficit de atenção são aqueles que mais sobressaem nesta etapa de desenvolvimento das crianças e que causam mais problemas em contexto escolar, contrastando com os de impulsividade que foram os menos citados em ambos os processos de recolha de dados.

Resultados finais a reter:

- (i) Salienta-se que os professores reconheceram que a PHDA não se restringe à apresentação de sintomas de hiperatividade/impulsividade, e que nesta etapa do desenvolvimento das crianças são os sintomas de desatenção os mais evidentes e que causam mais problemas em contexto escolar.
- (ii) Seria contudo importante incluir na formação inicial e contínua dos professores situações práticas de sintomas típicos da PHDA (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade), pois muitas vezes estes são chamados a preencher escalas onde estão incluídos estes comportamentos. Sugerimos a visualização de vídeos, ou até mesmo a observação *in loco* nas escolas e/ou clínicas de atendimento a esta população, como alternativas promissoras.

24.1.4 Comorbilidades/problemas associados

Em geral houve um grande consenso no entendimento de que a PHDA é uma condição que na maioria das vezes está acoplada a outros diagnósticos e que acarreta problemas diversos em contexto escolar, uma vez que 91% dos professores do estudo 1 admitiu esta realidade.

Dentro das possibilidades oferecidas no QACP, em relação a comorbilidades foi possível verificar que os professores destacam as “dificuldades de aprendizagem” ou Perturbações Específicas de Aprendizagem (PAE), sinalizadas por 70.9%, e os “comportamentos de agressividade e oposição” ou de perturbação de desafio/oposição (PDO), apontados por 55.8%. Na realidade, estas são duas das perturbações mais frequentemente diagnosticadas na PHDA. A conclusão de que os professores estão informados em relação a este assunto é reforçada com os resultados da aplicação da EVDPP, em que, por exemplo, no que diz respeito à perturbação desafiante de oposição os participantes identificaram estes comportamentos em 41.9% das crianças envolvidas.

Um dos problemas associados mais comuns nas crianças com PHDA é o fraco desempenho académico. Os professores deste estudo que responderam ao QACP também reconhecem esta evidência, pois 69% concorda com a afirmação “A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento académico nos primeiros anos escolares”. Este resultado é semelhante ao obtido por Rodrigo et al. (2011), em que 71.3% dos professores inquiridos aceitaram que “se a PHDA não for controlada pode resultar em falhanços académicos”. Simultaneamente, os professores que preencheram a EVDPP identificaram problemas no desempenho académico em 81.9% dos alunos avaliados.

É sabido também que estas crianças manifestam com regularidade problemas ao nível do relacionamento interpessoal, situação corroborada por mais de metade dos inquiridos (53.5%) que assinalaram a “dificuldade na relação com os pares”. No estudo de Kos et al. (2004), 88.3% dos professores discordaram da frase “as crianças com PHDA costumam ter boas relações entre os pares por causa da sua natureza desprendida”, ao passo que essa percentagem foi de apenas 13.1% no estudo de Youssef et al. (2015).

Resultados finais a reter:

- (i) Os professores sabem da existência de comorbilidades/problemas associados à PHDA, mas é fundamental explicar que tipo de comportamentos são estes, como se identificam, qual o seu impacto no prognóstico e tratamento da perturbação.

24.1.5 Sinalização/encaminhamento/diagnóstico

Os docentes inquiridos no estudo 1 reconhecem notoriamente o carácter permanente da PHDA. Por exemplo, à afirmação “É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA” (presente também no KADS) 67.5% responderam que sim (i.e., deram a resposta correta). Os professores americanos estão também informados desta particularidade, uma vez que 81.2% respondeu afirmativamente (Sciutto et al., 2000), contrariamente aos sauditas, pois apenas 13.3% indicou a opção acertada, sendo que 72.1% admitiu que não sabiam (Alkahtani, 2013). Uma outra afirmação do QACP neste âmbito é “Esta perturbação desaparece com a idade”, para a qual 62.5% dos inquiridos indicaram a opção correta (i.e., falso). No instrumento aplicado por Ohan et al. (2008) e Alkahtani (2013) consta um item “A maioria das crianças com PHDA supera os seus sintomas no início da puberdade e posteriormente apresenta um desenvolvimento normal na idade adulta”, para o qual 57.3% professores australianos responderam que não, em oposição aos 6.8% sauditas que indicaram a alternativa acertada. Já no que respeita à diferenciação da PHDA por apresentações, apenas 39.9% dos professores que participaram nesta investigação reconhece que “existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto”, um resultado mais baixo que os 51.5% professores trinitário-tobagenses que admitiram esta questão (Youssef et al., 2015).

De facto, os professores parecem não estar familiarizados com aqueles que são os critérios de diagnóstico mais comumente utilizados (i.e., DSM). Quando questionados em relação à persistência dos sintomas somente 23% assinalou a alternativa correta “apresentar os sintomas de forma persistente em pelo menos dois contextos (escola/casa e/ou ambientes sociais), um valor aproximado ao de outras investigações, 10-15.9% (Alkahtani, 2013; Pinto, 2013). Por sua vez, em relação à duração dos sintomas o resultado foi francamente mais positivo, embora insuficiente, pois menos de metade dos inquiridos (41.5%) selecionou a opção acertada “permanecer há pelo menos 6 meses”, um dado alinhado com os 45% obtidos na investigação de Pinto (2013). Por último, no que respeita à idade de aparecimento dos sintomas a tendência de melhoria mantém-se, uma vez que 58.7% dos professores inquiridos estão cientes em relação à necessidade dos sintomas surgirem antes dos 7 anos de idade para as crianças serem diagnosticadas com PHDA, um valor superior aos 35.6% dos professores americanos (Sciutto et al., 2000) e 15.9% dos professores sauditas (Alkahtani, 2013).

No que concerne aos profissionais envolvidos no processo de sinalização e diagnóstico, apesar de admitirem que um diagnóstico definitivo da PHDA deverá envolver diferentes profissionais de saúde e educação (incluindo pais e professores), o profissional mais referido foi o psicólogo (95%). Paralelamente, quando questionados em relação ao encaminhamento na suspeita de algum caso de PHDA, a maioria dos respondentes (51.3%) também sugere o psicólogo, indo ao encontro de outras investigações em que é assumido pelos professores que o psicólogo desempenha um papel central na avaliação, diagnóstico e intervenção (e.g., Lourenço, 2009; Palacios-Cruz et al., 2013).

Perante a questão do QACP se conheciam algum centro especializado em PHDA nos Açores, apenas 23% respondeu afirmativamente.

Resultados finais a reter:

- (i) É notório que os docentes discordam de um dos principais mitos da PHDA, o de que é uma perturbação da infância, reconhecendo assim a sua índole crónica.
- (ii) Conclui-se simultaneamente que consideram o carácter multidisciplinar necessário para a realização do diagnóstico, inclusive a sua participação neste âmbito.
- (iii) Constata-se, porém, que não possuem um conhecimento adequado dos critérios de diagnóstico. É importante que os professores saibam esta matéria para perceberem quem devem sinalizar. Ficou explícito no diálogo estabelecido com os participantes, alguma inclinação em afirmar que teriam nas suas salas de aula muitos presumíveis casos de alunos com PHDA, é por isso importante que consigam diferenciar

comportamentos episódicos de persistentes, que dialoguem com os pais para perceberem desde quando as crianças mostram este padrão comportamental e se também são assim em casa.

- (iv) Torna-se também necessário explicar qual o papel dos diferentes intervenientes no diagnóstico, para um melhor encaminhamento e/ou aconselhamento aos pais.
- (v) Como a maioria das escolas não possui todos os mecanismos necessários à avaliação/diagnóstico/intervenção é essencial o conhecimento de serviços externos capazes de desempenhar esta função.

24.1.6 Tratamento/intervenção

Importa primeiramente frisar que os professores inquiridos através do QACP reconhecem que o tratamento/intervenção da PHDA em contexto escolar se baseia numa lógica de complementaridade de diferentes técnicas e procedimentos, tendo identificado corretamente estratégias pedagógicas, comportamentais/cognitivo-comportamentais, medidas de apoio educativo/educação especial e farmacológicas.

Com efeito, uma expressiva maioria de professores (74%) considera que “formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico”, um número bastante mais elevado do que os 26.3% de professores sauditas que responderam afirmativamente a esta questão (Alkahtani, 2013). Por outro lado, 78.8% rejeita que os “tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA”, novamente uma percentagem largamente superior aos 18.2% obtidos por Alkahtani (2013).

Ainda neste âmbito, 74.2% dos professores que participaram no estudo de Rodrigo et al. (2011) acredita que a “PHDA pode ser tratada com terapia comportamental”, algo que os professores deste estudo corroboram (e.g., uma das técnicas neste tipo de tratamento é o “emprego de reforço positivo frequente e descritivo”, para a qual 71.8% dos participantes estão totalmente de acordo).

Por outro lado, em relação à maximização da estrutura e previsibilidade das tarefas, em resposta à afirmação (que é falsa) “as crianças com PHDA geralmente exibem uma inflexível adesão a rotinas ou rituais específicos”, apenas 18.3-22.5%, dos professores australianos e trinitário-tobagenses responderam acertadamente (Kos et al., 2004; Youssef et al., 2015),

contrastando com um conhecimento mais apurado dos professores desta investigação na implementação deste tipo de estratégia (e.g., 96.7% dos participantes do estudo 1 acha adequado ou totalmente adequado “definir um ambiente de sala de aula estruturado, proporcionando aos alunos uma programação diária”).

Noutra perspetiva, 70.3% dos professores do Sri Lanka é da opinião que a “assistência adicional na escola é benéfica para as crianças com PHDA” (Rodrigo et al., 2011) e 93.1% dos professores turcos concordam que estes alunos devem estar abrangidos pela educação especial (Nur & Kavakc, 2010). Na realidade, a maioria dos participantes nesta investigação julga que estes alunos devem ter sempre, ou quase sempre, medidas de apoio educativo e/ou educação especial (e.g., 93.8% pensa que estes alunos devem ter “apoio pedagógico individualizado com a participação de um professor da educação especial”). Para finalizar, assiste-se a uma opinião convicta dos professores de que a “medicação não é a cura para a PHDA”, entre 53-84.2% (Kos et al., 2004; Youssef et al., 2015), mas que deve ser parte importante do tratamento e coadjuvada com outras estratégias educativas, na medida em que a maioria dos professores que participaram em estudos de diferentes países, entre 54.9-90.6%, refuta que “se a medicação é prescrita, intervenções educacionais são muitas vezes desnecessárias” (Kos et al., 2004; Ohan et al., 2008; Youssef et al., 2015). Neste particular, os nossos resultados estão em sintonia, uma vez que 83% dos professores considera total ou maioritariamente adequado que “a medicação à base de psicoestimulantes e não estimulantes pode ser, para muitas das crianças com este diagnóstico, parte integrante e essencial do tratamento/intervenção” e 93% acha que é totalmente ou quase sempre inadequado que “as crianças medicadas para a PHDA não necessitam de outro tipo de intervenção”.

A opinião favorável a esta medida e o conhecimento dos seus benefícios também se explica pelos resultados da aplicação da EVDPP. Com efeito, para 93.5% dos alunos tratados com medicação os professores que os avaliaram admitem que esta forma terapêutica tem reflexos positivos no comportamento e desempenho académico.

Não obstante, existe ainda algum desconhecimento em relação a possíveis efeitos nefastos da medicação, em particular se “as crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta”, afirmação para a qual 55.8% dos inquiridos admite que não sabe e 9.5% aceita que sim. Este é, de resto, um aspeto também observado no estudo de Kos et al. (2004), em que apenas 21.7% dos professores australianos respondeu corretamente (i.e., falso).

Resultados finais a reter:

- (i) Os resultados sugerem que os professores conhecem as práticas educativas mais recomendadas para os alunos com PHDA.
- (ii) Realçamos o conhecimento que os professores têm acerca da medicação e dos seus benefícios.
- (iii) É preciso, no entanto, desmistificar a crença de que a medicação gera algum tipo de dependência.

24.1.7 Fatores associados ao conhecimento da PHDA

Tem sido postulado que a aquisição de formação em PHDA por parte dos professores reverte em resultados positivos para as crianças com esta perturbação (Soroa et al., 2012), pelo que seria exetável uma forte aposta neste domínio. Porém, um ponto que emerge da revisão efetuada, e que é transversal à maioria dos estudos, é o de que os professores recebem muito pouca formação no decorrer do percurso académico, assim como durante a sua carreira profissional, isto apesar de se depararem muitas vezes com alunos com este diagnóstico (e.g., Cardoso, 2013; Canu & Mancil, 2012; Fernandes, 2007; Ghanizadeh et al., 2006; Kern et al., 2015; Lourenço, 2009; Nur & Kavakc, 2010). Com efeito, um quadro também verificado nesta investigação, pois apenas 19.1% professores afirmaram ter tido alguma formação em PHDA, dos quais 12.2% indicaram que a mesma foi adquirida no seu percurso académico e somente 3.1% admitiu ter frequentado um curso de formação. Acresce que, quando colocada esta questão nas entrevistas, todos os professores (n = 5) confirmaram não ter obtido qualquer formação nesta temática. Seria então previsível, como aconteceu, que os inquiridos no estudo 1 (90%) tenham considerado que a sua formação de base não os preparou para a docência destes alunos. Nas entrevistas foi dito pela maioria dos participantes (n = 3) que na sua formação de base constou a frequência de duas unidades curriculares que se enquadram nas NEE (i.e., Dificuldades de Aprendizagem e Necessidades Educativas Especiais), mas que não lhe tinham conferido nenhum conhecimento acerca da PHDA. Neste encadeamento, não foi surpreendente a quase unanimidade dos docentes do estudo 1 (95.7%) considerar necessária formação nesta problemática, sendo que a maioria dos respondentes indicou uma preferência por um tipo de formação mais prática (e.g., 47.5% assinalou “reuniões de acompanhamento por uma equipa especializada”), de resto, um aspeto também destacado por quatro dos cinco

entrevistados. Além disso, a totalidade dos docentes que participaram nas entrevistas reclamam essencialmente mais e melhor formação ao nível da intervenção, que lhes confira ferramentas para trabalhar com estes alunos em sala de aula.

A este respeito, e atestando a importância da componente formativa, as evidências acumuladas apontam para uma relação positiva (moderada) entre a formação específica em PHDA e o conhecimento dos professores acerca deste assunto (Alkahtani, 2013; Jerome et al., 1994; Kos et al., 2004; Martinussen et al., 2011; Perold et al., 2010; Rodrigo et al., 2011; Vereb & DiPerna, 2004; West et al., 2005). Os nossos resultados confirmam que existe, de facto, uma correlação positiva entre o conhecimento da PHDA e a formação neste campo, especificamente no que se refere à etiologia, comorbilidades/problemas associados e mitos da PHDA.

Noutro plano, foi possível apurar que a experiência de ensino, mas principalmente o maior contacto com alunos com PHDA são fatores que influenciam o conhecimento dos professores nesta temática. Embora os resultados não sejam conclusivos, os docentes que relataram ter tido mais alunos com PHDA ao longo da sua carreira apresentaram melhores resultados do que aqueles menos experimentados neste aspeto (Alkahtani, 2013; Kos et al., 2004; Perold et al., 2010; Sciutto et al., 2000; Youssef et al., 2015). Os resultados da nossa investigação robustecem essa hipótese, uma vez que se verificaram diferenças com significado estatístico entre o conhecimento dos professores com e sem experiência de ensino em PHDA, isto é, os primeiros mostraram-se mais informados relativamente a algumas questões, com maior relevância as ligadas à semiologia e à sinalização/diagnóstico/encaminhamento.

Em nossa opinião, esta evidência poderá derivar de uma maior necessidade dos professores que têm alunos com PHDA em procurar autonomamente informação/formação em relação a esta matéria (e.g., livros, workshops, internet, curso de formação), estando esta, não raras vezes, desenquadrada no plano obrigatório de formação contínua para os professores, assim como no plano curricular da sua formação de base.

Por outro lado, o único estudo que comparou os professores do ensino público vs. privado, não encontrou nenhuma diferença significativa relativamente ao conhecimento da etiologia, prevalência e intervenção da PHDA (Kern et al., 2015).

No geral, os nossos dados estão em consonância, mas há um que requer alguma atenção, porventura um ponto que justifica uma análise mais aprofundada em futuras investigações. Referimo-nos ao facto de nos termos apercebido que os professores do ensino privado sinalizam mais as crianças com PHDA e conseqüentemente fazem maior número de encaminhamentos. Parece-nos essencialmente que esta questão deriva da comunicação mais

estreita entre estes professores e os pais destas crianças, habitualmente pertencentes aos estratos socioculturais mais elevado e que, por isso, estão desde muito cedo informados em relação ao diagnóstico dos filhos e às suas vicissitudes, alertando inclusivamente os seus professores para a necessidade de despoletarem todo o conjunto de procedimentos imperativos no meio escolar para o acesso a uma educação igualitária e eficaz.

Ainda que não tenha sido aqui explorado, há estudos que se empenharam em estudar a relação entre o conhecimento dos professores e as suas atitudes/comportamentos com crianças com PHDA. Um dos mais representativos neste domínio foi desenvolvido por Ohan et al. (2008). Estes investigadores constataram que os professores com valores médios e altos de conhecimento da PHDA relatavam comportamentos mais positivos e crenças mais favoráveis comparativamente aos professores com resultados mais baixos. Os resultados desta investigação sugerem que um conhecimento elevado da PHDA tem implicações positivas na perceção e comportamento dos professores (e.g., perceber os benefícios de um conjunto de estratégias que podem ser aplicadas com estes alunos) (Ohan et al., 2008). Apesar disto, pouco se sabe acerca do modo como determinadas características pessoais dos professores, incluindo as suas crenças e atitudes sobre a PHDA e as opções de tratamento, podem influenciar o comportamento e a aprendizagem dos seus alunos que apresentam este problema. Sherman, Rasmussen e Baydala (2008) efetuaram uma revisão bibliográfica neste âmbito e concluíram que algumas destas características encerram a tolerância (para determinados comportamentos), o estilo de ensino, o estilo de comunicação (em particular o uso de gestos), a disponibilidade para a implementação do tratamento e a aceitação das opções de tratamento em função das características dos alunos (e.g., género). Os professores que demonstram paciência, conhecimento das técnicas de intervenção, capacidade para colaborar com uma equipa interdisciplinar, e uma atitude positiva em relação às crianças com necessidades especiais podem ter um impacto positivo no sucesso educativo do aluno (Sherman et al., 2008).

24.1.8 Pontos que reforçam a necessidade de melhorar a formação dos professores

Para finalizar, enumeramos um conjunto de motivos que justificam um maior investimento na formação dos docentes acerca da PHDA, nomeadamente:

1. Os professores estão em posição privilegiada para analisar o comportamento das crianças com PHDA, num contexto onde os sintomas apresentam maior expressão, e,

por isso, são muitas vezes os primeiros a sinalizar e encaminhar estes alunos para avaliações mais rigorosas (Sax & Kautz, 2003; Scitutto et al., 2000; Vereb & DiPerna, 2004). Assim, uma maior consciencialização dos professores para a PHDA poderá facilitar, entre outras coisas, a identificação precoce da perturbação e a provisão de um tratamento adequado (Ohan et al., 2008).

2. Os professores fornecem informação necessária e indispensável à realização do diagnóstico (DuPaul & Jimerson, 2014; Salmon & Kirby, 2009; West et al., 2005), e, por isso, um conhecimento adequado permitirá reduzir a probabilidade da ocorrência de falsos diagnósticos positivos.
3. Os professores desempenham um papel fulcral na implementação, avaliação e suporte ao tratamento das crianças com PHDA (Schoenfeld & Konopasek, 2007). Neste contexto, tem sido divulgado que o conhecimento esclarecido dos professores tem um efeito no apoio que estes fornecem neste âmbito (Ohan et al., 2008).
4. Os professores muitas vezes dão recomendações (certas e erradas) aos pais acerca desta problemática e estes tendem a segui-las (Kos, Richdale, & Hay, 2006), pelo que é essencial que este procedimento seja assente num conhecimento profícuo, para melhor ajudar as crianças e a suas famílias.
5. O conhecimento dos professores acerca da PHDA condiciona fortemente os seus comportamentos, atitudes e a confiança para ensinar as crianças que padecem desta condição, sendo que professores melhor informados apresentam comportamentos e atitudes mais positivas, assim como maior segurança para o ensino destes alunos (Alkahtani, 2013; Bekle, 2004; Fernández et al., 2007; Ghanizadeh et al., 2006; Khademi et al., 2016; Kos et al., 2006; Perold et al., 2010)

24.2 Impacto da PHDA em contexto escolar ao nível comportamental, social e académico

Em primeiro lugar importa referir que os sintomas nucleares da PHDA, isto é, os de desatenção (e.g., tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades), hiperatividade (e.g., mexe constantemente as mãos ou pés ou não para quieto/a na cadeira) e impulsividade (e.g., responde precipitadamente antes de ouvir as questões até ao fim) foram indicados pelos professores nas avaliações da EVDPP, nas entrevistas e estão documentados

nos PIA, em maior ou menor número, de acordo com o diagnóstico dos alunos analisados. Estes comportamentos, por si só, têm um forte impacto nas dificuldades verificadas na escola (Shillingford-Butler & Theodore, 2013).

O padrão de resultados traduzido por cada apresentação neste estudo mostra claramente que os três grupos de crianças (i.e., PHDA-D, PHDA-H/I e PHDA-C) apresentam problemas em relação ao funcionamento adaptativo escolar, e que podem ser diferenciados uns dos outros através de distintos conjuntos de dificuldades.

O grupo de crianças com PHDA-D foi o que manifestou mais problemas, demonstrando fragilidades em todos os domínios avaliados, nomeadamente: sintomas de perturbação de desafio/oposição e/ou do comportamento; sintomas de perturbação de ansiedade e/ou depressão; problemas na aprendizagem (PA) e comportamentais em sala de aula (PC). Com efeito, o grupo de crianças com a apresentação desatenta (PHDA-D) foi mesmo o único a associar-se a problemas na aprendizagem (PA) e sintomas de perturbação de ansiedade/depressão (PA/PD), assim como obteve correlações mais elevadas noutros comportamentos de natureza internalizante presentes na subescada de problemas comportamentais (PC), especificamente relacionados com a realização dos trabalhos escolares (i.e., “conclusão das tarefas” e “capacidade de organização”). Em consonância com dados de outras investigações que apontam a desatenção como o fator que determina o insucesso escolar (Daley & Birchwood, 2010; Pingault et al., 2011) os nossos resultados demonstram que existe uma correlação específica entre o desempenho académico e os problemas de atenção nas crianças com PHDA. Por outro lado, há evidências que associam os comportamentos internalizantes (e.g., sintomas de PA/PD) aos sintomas de desatenção da PHDA (González-Castro et al., 2015; Jarrett, Wolff, Davis, Cowart, & Ollendick, 2012; Willcutt, Pennington, Chhabildas, Friedman, & Alexander, 1999) e que esta relação pode resultar num agravamento da performance académica (Barkley, 2006/2008a; Blackman, Ostrander, & Herman, 2005; Biederman et al., 1993; Bloemsmas et al., 2013). Torna-se fundamental explorar cuidadosamente estas conexões no futuro, uma vez que parece que a conjugação de sintomas de desatenção com outros de origem internalizante (e.g., ansiedade e depressão) parece ser um preditor robusto do insucesso académico nas crianças com PHDA. Apesar desta evidência, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos longitudinais destinados a analisar devidamente este assunto. Os resultados obtidos por Massetti et al. (2008) denunciam que esta associação (i.e., sintomas de desatenção + sintomas internalizantes + realizações académicas) pode emergir logo nas primeiras experiências escolares destas crianças. De acordo com estes investigadores, é possível que os sintomas internalizantes (i.e.,

os itens classificados pelos pais nas escalas utilizadas no estudo) sejam a manifestação da ansiedade ou depressão originada pelo seu mau desempenho académico e comportamental, sobretudo considerando que a relação entre estes sintomas internalizantes e o rendimento académico emergiu logo no primeiro ano e permaneceu estável ao longo dos oito anos do estudo. Uma explicação diferente fornecida pelos autores é a de que as dificuldades académicas destas crianças poderão ser secundárias aos problemas comórbidos evidenciados desde cedo (i.e., uma criança que tenha problemas de atenção e simultaneamente ansiedade e depressão poderá ter dificuldades especiais na participação e plena integração no ambiente escolar, problemas estes que persistem ao longo do tempo) (Masseti et al., 2008).

Um outro padrão observado relaciona-se com a manifestação de comportamentos externalizantes. Neste particular, o grupo PHDA-D foi o que obteve as classificações mais baixas em todos os domínios avaliados. Resultados semelhantes são reportados por Gaub e Carlson (1997), pois, do conjunto de itens avaliados neste âmbito, as crianças com a apresentação D apresentaram valores significativamente inferiores nas escalas de agressividade, delinquência, assim como menos sintomas de perturbação desafiante de oposição (PDO). Com efeito, está bem documentada a tese de que são os sintomas de hiperatividade/impulsividade os que mais contribuem para os comportamentos de natureza externalizante nas crianças com PHDA (Baumgaertel, Wolraich, & Dietrich, 1995; Ulloa, Sánchez, Saucedo, & Ortiz, 2006; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel, & Brown, 1996). Os nossos resultados corroboram esta ideia, se verificarmos que nos itens relacionados a comportamentos disruptivos em sala de aula (i.e., “perturbação das aulas” e “cumprimento de ordens/regras”) os grupos PHDA-C e PHDA-H/I (apresentações combinada e hiperativa/impulsiva) obtiveram correlações significativamente superiores aos do grupo de crianças com PHDA-D. Um outro dado relevante neste aspeto prende-se com a elevada associação obtida entre os grupos PHDA-H/I e PHDA-C com sintomas de PDO/PC, indo ao encontro de outras investigações que revelaram esta ligação. Em concreto, as crianças com as apresentações H/I e C, particularmente as segundas, obtiveram valores consideravelmente mais elevados nos comportamentos externalizantes e uma probabilidade muito superior em ter um diagnóstico de PDO/PC que as crianças com a apresentação D (Eiraldi et al., 1997; Elia, Ambrosini, & Berrettini, 2008; Graetz, Sawyer, Hazell, Arney, & Baghurst, 2001).

Na linha de outros estudos que evidenciaram uma relação entre os sintomas da PHDA e o relacionamento com os pares (Hoza, 2007; Hoza et al., 2005), os nossos indicadores apontam para o contributo de ambos os conjuntos de sintomas (i.e., desatenção e hiperatividade/impulsividade) na dificuldade do relacionamento das crianças com PHDA (D,

H/I e C) e os seus pares. Realmente, os problemas de atenção poderão limitar a oportunidade dessas para crianças para adquirirem competências sociais através da aprendizagem vicariante (Wheeler & Carlson, 1994). De outro modo, a hiperatividade e impulsividade poderão resultar em maior irritabilidade e comportamentos adversos nestas crianças quando estão a interagir com os seus pares (Whalen & Henker, 1985). Todos estes aspetos têm reflexo no ajustamento social e dificultam a criação de relações saudáveis e duradouras.

Segundo os professores entrevistados, a generalidade dos problemas de relacionamento com os pares surgem quase sempre fora da sala de aula e em função do tipo de brincadeira (e.g., os alunos com as apresentações H/I e C privilegiam atividades que exigem movimento e contato físico), pese embora tenham admitido que estas dificuldades nem sempre se apresentam com gravidade e constância. Há contudo um dado referido pelo PR1, docente do aluno com a apresentação D, que não pode ser negligenciado, o de que a medicação que o AL1 toma influencia as relações estabelecidas com os pares (i.e., sempre que o aluno está medicado fica mais apático e menos enérgico na convivência com os outros).

Fica por explicar, porém, as diferenças entre as apresentações desatenta e combinada em relação à associação com sintomas de ansiedade e depressão e os problemas na aprendizagem, uma vez que, como já foi descrito, a esmagadora maioria dos estudos não aponta diferenças a este nível (e.g., Acosta et al., 2008; Bauermeister et al., 2005; Di Trani et al., 2014; Oner, Oner, Cop, & Munir, 2012), contrariando os dados apresentados neste estudo. Neste contexto, importa salientar as descobertas de Baeyens et al. (2006), apresentadas na revisão sistemática desenvolvida para analisar as semelhanças e diferenças entre as apresentações C e D da PHDA. Na dimensão cognitiva (i.e., atenção seletiva, dividida e TCL) a apresentação D, comparativamente à C, apresentou as seguintes características: velocidade de resposta lenta, TCL hipotivo, letárgico e dormir acordada frequentemente. Por sua vez, as duas apresentações estão comprometidas na componente social, embora por diferentes motivos. A apresentação D caracteriza-se por comportamento passivo, reservado e baixa popularidade, ao passo que as crianças com a apresentação C demonstram comportamentos agressivos e rejeição ativa pelos pares. A nível académico ambas as apresentações revelam baixos resultados, apesar da maior prevalência das PAE na apresentação D. No que diz respeito aos comportamentos internalizantes, além do ligeiro aumento da prevalência da comorbilidade com PA/PD nas duas apresentações, a apresentação D diferencia-se pelo comportamento somático e introvertido. Por fim, em relação à associação com comportamentos externalizantes há um ligeiro aumento deste tipo de comportamentos na apresentação desatenta e da presença da comorbilidade com PDO. Por outro lado, na apresentação C

salientam-se comportamentos agressivos e delinquentes, assim como o elevado aumento da prevalência das comorbilidades de PDO/PC.

Apesar de na relação estabelecida entre as dimensões dos sintomas da PHDA (i.e., desatenção e hiperatividade/impulsividade) e a sua expressão ao nível das comorbilidades e desempenho académico/comportamental não existirem grandes dúvidas, este estudo reacende a discussão em torno das diferenças existentes ao nível das apresentações, nomeadamente entre as apresentações C e D e as variáveis analisadas, sugerindo que estas possam derivar de estilos e aspetos secundários da atenção, alimentando simultaneamente a necessidade de uma avaliação mais profunda das dimensões neurocognitivas que estarão subjacentes (e.g. Ferrin & Vance, 2014), assim como do papel do Tempo Cognitivo Lento (TCL) e das Perturbações de Aprendizagem Específicas (PAE) nesta equação (e.g., Bauermeister, Barkley, Bauermeister, Martínez, & McBurnett, 2012; Wåhlstedt & Bohlin, 2010; Weiss et al., 2003).

Uma das consequências mais gravosas e que deriva dos diferentes problemas acima descritos é a retenção escolar, situação esta que afetou três dos cinco alunos que compunham o GAE pelo menos uma vez até ao ano letivo 2014/2015, um facto já devidamente documentado na literatura (e.g., Loe & Feldman, 2007).

24.3 Práticas educativas adotadas com alunos com PHDA

“O ambiente escolar pode ser um lugar difícil para as crianças com PHDA porque os sintomas são diametralmente opostos às expetativas de uma sala de aula tradicional (...)” (Shillingford-Butler & Theodore, 2013, p. 236). Do ponto de vista teórico ou concetual seria difícil projetar um ambiente mais problemático para os alunos com PHDA que a típica sala de aula, onde são obrigados a estar quietos, ouvir atentamente as instruções académicas, completar autonomamente as tarefas escolares, esperar pela sua vez, relacionar-se adequadamente com os colegas e professores, etc. Tais requisitos são extraordinariamente difíceis de cumprir, especialmente devido aos problemas que apresentam no funcionamento executivo (DuPaul et al., 2014a). Estas dificuldades não só prejudicam o seu desempenho, como instituem um enorme desafio para os psicólogos e outros agentes escolares que trabalham com esta população (DuPaul & Jimerson, 2014). Estes, a par de médicos e outros profissionais de saúde externos à escola, devem ajudar os professores a reconhecer e a lidar com estes alunos, para que a deteção e implementação precoce de medidas de apoio necessárias se torne realidade (Schulte-Körne, 2016).

Embora exista uma abundante e diversificada literatura sobre a PHDA, os estudos especificamente destinados a avaliar as diferentes práticas educativas escolares (i.e., ao nível da avaliação, do diagnóstico e da intervenção) estão verdadeiramente subrepresentados, pelo que esta parte da investigação ganha particular importância.

24.3.1 Modelo de atendimento referente à sinalização/diagnóstico/intervenção

Diagnosticar e intervir com alunos com PHDA é uma tarefa extremamente ambiciosa que, como já foi amplamente explicitado, requer a colaboração de diferentes profissionais de saúde e educação, cujas formações serão complementares neste desígnio. Devido à escassez de médicos nas escolas (eg., pediatras e outras especialidades com autoridade no diagnóstico da PHDA) os pais, professores e restantes agentes educativos devem beneficiar de acompanhamento especializado externo, consoante a disponibilidade de serviços locais e necessidades das crianças. A competência e o rigor clínico reivindicam uma informação atualizada, que evite a ocorrência de falsos diagnósticos positivos e simultaneamente exponencie a probabilidade de uma intervenção escolar eficiente. Tal só será possível com uma colaboração harmoniosa e concertada destes intervenientes (Hall & Gushee, 2000; Hughes, 2007).

Embora a sinalização seja quase sempre depoletada pelos professores ou educadores de infância, como ficou aqui demonstrado ($n = 5$), o encaminhamento efetuado depende em muito dos recursos disponíveis nas escolas. Neste particular, constatamos nas diferentes fontes consultadas que a avaliação clínica é realizada externamente ($n = 5$), muitas vezes por recomendação dos professores aos pais e com a anuência da escola, justificada pela escassez de recursos e profissionais especializados. Sem nos imiscuirmos nas práticas clínicas adotadas, pois tal não foi objeto de análise aprofundada, há porém alguns factos inegáveis e que são facilmente perceptíveis nos PIA. Nos relatórios clínicos e ou psicoeducativos enviados para as escolas, e que pertencem aos processos individuais dos alunos com PHDA, apenas num caso foram detalhados os critérios de diagnóstico utilizados (i.e., DSM) e somente um aluno foi alvo de uma avaliação cognitiva, não se tendo verificado nenhuma avaliação neuropsicológica. Notou-se igualmente pouca consistência e rigor na terminologia utilizada (e.g., PHDA, Perturbação Disrutiva do Comportamento, Hiperativo), assim como em apenas um caso foi especificada a apresentação da PHDA (i.e., do tipo misto). Em três, do total dos cinco dos casos analisados, refere-se o tratamento farmacológico, isto apesar desta medida

também ter sido concretizada nos restantes dois alunos, segundo a informação dos seus professores nas entrevistas.

Não questionando a razoabilidade dos procedimentos clínicos, é importante porém salientar a necessidade de maior rigor na elaboração destes relatórios, numa altura em que se contesta cada vez mais a existência de diagnósticos enfiados e a excessiva prescrição da medicação. A American Academy Pediatrics (AAP, 2011) recomenda energicamente que sejam uniformizadas as práticas clínicas neste campo, tendo inclusivamente estabelecido um manual de boas práticas para a Avaliação, Diagnóstico e Tratamento na PHDA. Uma entidade clínica nacional de referência neste domínio (onde foi realizada a primeira consulta de PHDA no país) disponibiliza um protocolo de avaliação que poderá ser consultado pelos demais especialistas (cf. <http://www.simposio-phda.pt/index.php/2015-12-18-21-57-12/a-consulta>). Por exemplo, neste protocolo consta que deve ser realizado em todas as crianças com suspeita de PHDA - o preenchimento pelos professores de escalas de avaliação comportamental (e.g., Conners), uma avaliação cognitiva (i.e., através da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças: WISC – WISC-III), avaliação educativa e social - em casos pontuais, uma avaliação do desempenho neuropsicológico (e.g., ao nível das funções executivas). Na realidade, tem sido relevada a importância das medidas de inteligência, em concreto, que os resultados da WISC-III ajudam na identificação das funções neurocognitivas comprometidas e consequentemente a planificação de uma intervenção ajustada ao perfil encontrado. O desempenho neuropsicológico é também referenciado, especificamente a avaliação da atenção, memória e funções executivas (Oliveira et al., 2015).

Apesar da totalidade dos professores entrevistados (n = 5) ter admitido contactos das entidades externas e quatro deles ter assumido o preenchimento de questionários de avaliação comportamental, em apenas um caso foi solicitada informação académica do aluno, isto mesmo considerando que os cinco casos analisados (n = 5) apresentam desempenho escolar insatisfatório. Neste contexto, o diagnóstico diferencial em relação às PAE é um aspeto essencial, situação esta mencionada, mas não consubstanciada, em apenas um dos PIA analisados. O desempenho académico é um dos aspetos relevantes da história clínica para o diagnóstico, pelo que consideramos fundamental melhorar comunicação entre os clínicos e os professores, sendo que os participantes desta investigação reconhecem que esta articulação é reduzida. Um outro aspeto destacado por quatro dos docentes entrevistados prende-se com a morosidade na elaboração e envio da documentação referente à avaliação/diagnóstico efetuado, com implicações diversas, entre as quais a elegibilidade do aluno para a educação especial ou o planeamento da intervenção de um modo geral. Ultrapassada esta questão é

neste momento que os profissionais escolares (i.e., psicólogo, técnico de educação especial e professor titular de turma) intervêm diretamente, nomeadamente na avaliação do aluno por referência à CIF e na elaboração do PEI e/ou definição do apoio educativo, consoante o resultado.

Numa retrospectiva às respostas educativas individuais previstas na legislação, nomeadamente sob a forma de apoio educativo ou educação especial, para as crianças com PHDA, implementadas por parte do sistema educativo, observamos que quatro dos alunos analisados, ao longo da sua trajetória escolar, usufruíram de medidas do regime da educação especial e somente um do apoio educativo.

Não obstante a confusão reinante nas nossas escolas acerca da identificação dos alunos elegíveis para o sistema de educação especial, que, cada vez com mais frequência, parece estar confinado aos alunos com NEE de carácter permanente, baixa incidência e alta intensidade (não sendo incluídos neste lote as crianças com PHDA), estes resultados provam que efetivamente o recurso a medidas deste regime, em grande parte das situações, se configuram essenciais para o sucesso educativo destes alunos. Esta realidade não se afasta muito dos dados apresentados por Spiel et al. (2014) em que dos 97 alunos analisados, 61.9% tinha um Plano Educativo Individual e 38.1% um Plano de Apoio Educativo. Outras semelhanças são encontradas com este estudo, nomeadamente o facto de os quatro PEI analisados identificarem os problemas, sinalizarem medidas do REE (e.g., apoio pedagógico personalizado, adequações no processo de matrícula, adequações curriculares individuais, etc.) consistentes com a legislação em vigor (i.e., DL 3/2008 e DLR 15/2006), mas grande parte não inclui outras estratégias cientificamente válidas quanto à sua eficácia no tratamento específico de alunos com PHDA.

Apesar do tratamento farmacológico (em particular a medicação psicoestimulante) ser eficaz na redução dos sintomas da PHDA - estratégia esta aplicada na totalidade dos alunos investigados - os efeitos raramente são suficientes para suprir os inúmeros problemas académicos e sociais que estas crianças enfrentam (Fabiano et al., 2007; Owens et al., 2003). É neste contexto que devem ser consideradas outras estratégias de intervenção que se têm revelado fundamentais (i.e., comportamentais, cognitivo-comportamentais e académicas). De uma forma simples, DuPaul et al. (2014a) explicam que as intervenções comportamentais visam substituir um comportamento socialmente indesejável (e.g., falar alto) por um comportamento apropriado (e.g., trabalhar em silêncio). Esta perspetiva assenta na ideia de que cada comportamento deve ser entendido com base naquilo que o precede mas também nas suas consequências. É neste quadro que devem ser implementadas intervenções

comportamentais proativas, que têm como alvo os antecedentes de disciplina, dotando os alunos de competências que os tornem menos propensos a envolver-se em tais comportamentos (e.g., revendo as regras em sala de aula) e estratégias comportamentais reativas, cujo foco são as consequências de um determinado comportamento, reforçando o comportamento desejável e ignorando ou punindo comportamentos inadequados (e.g., reprimenda verbal por falar alto). Dentro da panóplia de estratégias comportamentais disponíveis para os alunos com PHDA, algumas das que têm mais suporte empírico são: antecedentes - escolha de decisões; redução do tamanho das tarefas atribuídas; ensino ativo de regras de sala de aula, organização do ambiente físico da sala de aula e a tutoria entre pares; e consequentes - reprimendas prudentes, reforço *token*, custo-resposta, cartões diários e o *time-out* (DuPaul et al., 2014a; Dupaul & Weyandt 2006; Gardill & DuPaul, 1996).

Por sua vez, as estratégias cognitivo-comportamentais, ou de autorregulação, têm como objetivo melhorar a capacidade de autocontrole dos alunos em ambientes significativamente disfuncionais. Tipicamente, tais intervenções caracterizam-se por ensinar os alunos a identificar e registrar um comportamento alvo-resposta, possivelmente com reforço para melhorar o desempenho ou estimular a sua repetição.

Esta abordagem sustenta-se na premissa de que os défices principais da PHDA estão associados à inibição comportamental, que por sua vez leva a problemas de autocontolo e do funcionamento executivo, e que consequentemente resultam na manifestação de desatenção e impulsividade. As principais competências no controlo cognitivo e funcionamento executivo são diretamente projetadas nas intervenções do tipo cognitivo-comportamental (DuPaul et al., 2014a). Entre as mais citadas na bibliografia, destacam-se: estratégias correspondentes à autoavaliação do aluno, técnicas de auto monitorização e autorreforço (Gardill & DuPaul, 1996; Reid et al., 2005).

Ora, de todas estas medidas, conseguimos identificar no PEI de um aluno de uma escola privada a implementação de um programa de intervenção psicológica (i.e., ao nível da gestão e autorregulação dos comportamentos disruptivos) e, de acordo com um dos entrevistados, estava a ser aplicado um contrato comportamental ao aluno AL5 (n = 1), pertencente a uma escola pública, isto apesar de não haver nada formalizado no seu PIA em relação a este assunto e de, segundo a professora, esta medida ser supervisionada por um psicólogo externo à escola. Portanto, em três dos cinco casos analisados não há qualquer definição de medidas de tratamento comportamentais especificamente destinadas a alunos com PHDA, um número alinhado com outros estudos que demonstram que a inclusão deste tipo de estratégias ocorre

em menos de 50% dos PEI de alunos com esta problemática (Murray et al., 2014; Spiel et al., 2014).

Alguns investigadores sublinham que os especialistas de saúde mental (pertencentes às escolas, ou externos) devem cooperar com os profissionais escolares no planeamento de uma intervenção escolar adequada (Sibley et al., 2016).

Estes esforços normalmente incidem num conjunto de procedimentos nucleares, entre os quais: (i) reunião inicial colaborativa para aferir as dificuldades da criança; (ii) observação direta e recolha de dados através do preenchimento de escalas de avaliação comportamental em contexto de sala de aula; (iii) reuniões de planeamento da intervenção entre os especialistas e os professores; e (iv) follow-up regular com o professor para monitorizar os progressos do aluno (DuPaul & Weyandt, 2006). Há evidências de que estas intervenções produzem benefícios muito positivos nos sintomas da PHDA, nos problemas comportamentais e no desempenho académico em geral na sala de aula, nomeadamente nos alunos do 1.º ciclo (Fabiano et al., 2009). No entanto, porque as crianças com PHDA apresentam dificuldades em diferentes contextos, e o trabalho desenvolvido na escola necessita ser reforçado e mantido em casa, uma outra estratégia referida na literatura diz respeito a programas de comunicação casa-escola (DuPaul, 2007; DuPaul et al., 2011). Um dos componentes deste tipo de programas mais eficazes é o cartão diário. Estes cartões incorporam um *feedback* contínuo para os alunos e os seus pais em relação ao seu desempenho académico e podem sinalizar uma variedade de comportamentos importantes (e.g., a conclusão das tarefas; desempenho escolar; participação em sala de aula e o relacionamento com os colegas) (DuPaul et al., 2011). A conceção subjacente a este tipo de programas é que um comportamento apropriado na escola pode ser reforçado por contingências estabelecidas em casa (DuPaul, 2007).

Em suma, os especialistas escolares (e.g., psicólogos) devem assumir uma posição decisiva na formação dos professores e dos pais para a introdução deste tipo de estratégias de intervenção e na coordenação/monitorização deste processo (Hughes, 2007; Koro-Ljungberg, Bussing, Wilder, Gary, 2011; Shillingford-Butler & Theodore, 2013).

Relativamente a esta matéria a nossa investigação descortina várias lacunas. Além da não provisão de apoio aos docentes na implementação/acompanhamento/avaliação de estratégias deste âmbito (i.e., por parte de psicólogos, técnicos de educação especial ou outros especialistas escolares), em nenhum dos PEI consultados se vislumbrou igualmente um plano de intervenção formalizado para ser desenvolvido pelos pais destas crianças em casa. Esta realidade é ainda mais grave se analisarmos o nível socioeconómico das famílias.

Objetivamente, constatou-se que no ensino privado os pais têm um *status* mais elevado, estão mais informados acerca da patologia, intervêm diretamente com o filho em casa (coadjuvados por especialistas de clínicas privadas) e ainda ajudam o professor neste domínio. Estamos assim perante uma desvantagem social que a escola deveria atender e solucionar, embora tal não se verifique, promovendo-se situações de injustiça em relação a circunstâncias de igualdade de sucesso académico para todos os alunos.

À margem do que anteriormente se descreveu estiveram um conjunto de factos que, por serem demasiado evidentes, não podem passar incólumes e, por isso, merecem aqui ser destacados. O processo que conduziu a recolha de dados foi marcado por constante diálogo entre o investigador principal e os professores acerca dos constrangimentos que os ligavam diretamente a esta problemática em todas as suas vertentes (i.e., na sinalização, diagnóstico e intervenção com alunos com PHDA). Na realidade, uma primeira nota de destaque reporta-se ao número preocupante de casos de alunos “supostamente diagnosticados” com PHDA, os quais são avaliados/diagnosticados por entidades/agentes externos às escolas, cujo diagnóstico é reportado pelos pais destas crianças aos seus professores, e cuja condição carece de documentação de suporte em contexto escolar (i.e., relatório clínico e/ou psicopedagógico). Respostas como: “olhe, eu tenho três ou quatro alunos com PHDA, que estão medicados e a ser acompanhados, mas não na escola”; ou “Não posso dizer-lhe que tenho alunos com PHDA, porque não há relatórios que o comprovem, mas tenho alunos medicados com ritalina”, e “Existem alunos que sabemos que estão diagnosticados, mas a escola não pode fazer nada para ajudar estes alunos, pois não foram diagnosticados pelos SPO e não existe documentação para inseri-los na Educação Especial”, foram uma constante ao longo deste percurso. Esta situação ficou bem patente quando o investigador solicitou aos professores o preenchimento da EVDPP, explicando que deveriam confirmar a apresentação da PHDA na respetiva documentação. Este cenário alimenta várias dúvidas que urge clarificar, sob pena de se estarem a cometer erros gravíssimos que em nada abonam à concretização de escolas inclusivas, mas principalmente a prejudicar os maiores interessados, ou seja, os alunos.

Urge a formalização da questão: sendo os professores fonte de informação imprescindível para a realização de um diagnóstico fidedigno da PHDA, não deveriam ser envolvidos neste processo, mesmo se efetuado por outros serviços fora do contexto escolar? A resposta é sim, no entanto, segundo o feedback obtido, muito pontualmente os professores foram chamados a este propósito, no preenchimento de uma escala que, segundo os próprios, não sabiam qual o seu objetivo.

Causou-nos também especial apreensão, fazendo fé nas informações que nos foram transmitidas, que a generalidade dos casos reportados estava a ser tratada com medicação (aliás, informação esta comprovada nos resultados da EVDPP). Contudo, e de acordo com a mesma fonte, não havia nenhuma orientação em relação a estratégias a utilizar pelos professores com estes alunos, ou a presumíveis medidas de educação especial. Em suma, a comunicação entre estas entidades/agentes externos e as escolas era muito limitada ou até mesmo inexistente, o que por si só representa um mau princípio, quando o objetivo não passa apenas e só por diagnosticar e medicar, mas acima de tudo intervir holisticamente junto de quem precisa de ajuda e nos diferentes contextos em que se move, com especial destaque para os contextos escolar e familiar.

Na verdade, o diagnóstico, quando bem efetuado, pode cumprir com este desígnio, sendo o “passaporte” para um tratamento adequado. Mas aqui impõe-se a questão: Este tratamento é feito como e quem são os agentes envolvidos? Não sabemos. Há, porém, uma certeza, é que na maioria dos casos os professores e outros técnicos escolares não participam neste processo. Apraz-nos dizer perante tal realidade, e porque é nossa obrigação, que é imperioso tomar medidas contundentes que visem a uniformização de processos no atendimento aos alunos com NEE, neste particular, os que têm PHDA.

As entidades/agentes externos anteriormente mencionados são fulcrais e podem oferecer um excelente contributo na avaliação, diagnóstico e tratamento da PHDA, principalmente quando as escolas não dispõem de recursos humanos qualificados em número suficiente e com a experiência necessária para cumprir este objetivo. Não obstante, é preciso que os mesmos se predisponham a colaborar de forma estreita com os diferentes agentes educativos (principalmente os professores, técnicos de educação especial e psicólogos escolares) em todo o processo que conduz ao diagnóstico, mas também no acompanhamento e intervenção com estes alunos. Impõe-se que sejam operacionalizadas decisões, porventura até legais, que visem solucionar esta questão, nomeadamente a relação/articulação entre entidades/agentes externos e as escolas na avaliação, diagnóstico e intervenção dos alunos com PHDA.

Resultados finais a reter:

- (i) Problemas ao nível da avaliação/diagnóstica clínica especializada.
- (ii) A tomada de consciência de que os alunos com PHDA apresentam necessidades educativas especiais de carácter permanente.

- (iii) A não definição no PEI de estratégias de tratamento/intervenção específicas para alunos com PHDA.

24.3.2 Estratégias de intervenção académicas utilizadas em sala de aula

A relação específica entre a PHDA e o desempenho académico já foi generosamente explicada. Na literatura surge uma tese cada vez mais sólida que liga os sintomas de desatenção à realização académica, e que é impulsionada pelos défices nas funções executivas. Na realidade, tal como foi anteriormente descrito, os sintomas de hiperatividade/impulsividade e os problemas comórbidos de natureza externalizante (e.g., PDO e PC) não estão relacionados com a performance académica. Apesar dos professores poderem estar mais atentos a este padrão comportamental, não serão estes problemas que devem ser o âmago de uma intervenção que vise a melhoria do desempenho académico destes alunos.

As estratégias de intervenção/tratamento até aqui expostas (i.e., medicação, técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais) têm-se revelado bastante eficazes na melhoria da atenção e na redução dos comportamentos disruptivos, mas a atuação direta nos sintomas da PHDA por si só pode não acarretar ganhos nas competências e aquisições académicas (DuPaul et al, 2012). Com efeito, apesar de pouco estudado, há indicadores que apontam um efeito reduzido destas abordagens neste âmbito (DuPaul et al., 2011; Raggi & Chronis 2006). Contrariamente às intervenções comportamentais e cognitivo-comportamentais que têm como alvo os sintomas da PHDA, as intervenções académicas elegem como alvo o desenvolvimento de competências escolares gerais e específicas que estão comprometidas nos alunos com PHDA (DuPaul et al., 2014a). As mais citadas na bibliografia incluem: instrução explícita do professor, modificações na atribuição das tarefas, instrução assistida por computador, estratégias de tutoria de pares, ambiente de sala de aula estruturado e organização do ambiente físico da sala de aula (e.g., Daley & Birchwood, 2010; DuPaul et al., 2014a; Dupaul & Weyandt 2006; DuPaul & Eckert, 1998; Mulligan, 2001).

O que depreendemos dos resultados obtidos nesta investigação é que os professores conhecem estas estratégias e, em alguns casos, até as aplicam nas suas salas de aula.

Uma das maneiras mais comuns e eficazes para os professores lidarem com o insucesso académico é o uso de princípios de instrução explícita (e.g., fornecer aos alunos informações claras relativamente ao conteúdo da aprendizagem; ensinar os conteúdos em pequenos passos com o recurso a múltiplos e concretos exemplos; avaliação continuada da compreensão do

aluno em relação à matéria; entre outras técnicas) (Pfiffner et al., 2006/2008; Raggi & Chronis 2006).

Com efeito, 95.7% dos professores que preencheram o QACPP considera adequado ou totalmente adequado “modificar as atribuições das tarefas (Ex: organizar tarefas curtas, bem definidas e sequencializadas)”, sendo que dois, dos cinco professores entrevistados (n = 2), admitiram a utilização desta prática na sua sala de aula. Simultaneamente, 90.4% dos inquiridos concorda ou está totalmente de acordo com a estratégia “variar os materiais e formatos de apresentação das tarefas (Ex: ilustrações, cartazes e esquemas)”, medida esta implementada por dois dos participantes do GPE.

Outra modalidade refere-se aos programas de ensino assistido por computador, argumentando-se que apresentam muitas potencialidades - a forma da apresentação das tarefas (e.g., formato de jogo), a correção automática dos erros e o feedback relativamente à precisão dos trabalhos – que contribuem para captar a atenção e motivar os alunos com PHDA para a realização dos exercícios escolares (DuPaul et al., 2014a). Alguns estudos têm mostrado que a utilização deste método acarreta melhorias ao nível da memória de trabalho e tem um impacto positivo global no desempenho académico da leitura e matemática (e.g., Clarfield & Stoner, 2005; Klingberg et al., 2005; Mautone, DuPaul, & Jitendra, 2005; Ota & DuPaul, 2002).

Os docentes inquiridos no estudo 1 desta investigação também consideram o mesmo, tanto que 90% concorda total ou parcialmente que “a responsabilidade de um programa de intervenção com alunos com PHDA deve envolver, para além do professor, outros mediadores (Ex: os próprios alunos com PHDA; os colegas e o uso de computadores)”.

De forma semelhante, o sistema por tutoria de pares é uma estratégia que aborda diretamente as necessidades dos alunos com PHDA, pois possibilita a provisão de feedback constante e imediato em relação ao desenvolvimento das tarefas e permite simultaneamente discernir em que fase o aluno está por comparação ao seu homólogo. Este tipo de intervenção envolve os alunos no trabalho com os colegas, ajudando-se mutuamente na aquisição prática de competências ao nível da leitura, escrita e matemática (DuPaul et al., 2014a). Efetivamente há estudos que demonstram maior empenho na realização das tarefas e melhoria no desempenho académico nestas três competências académicas básicas (i.e., leitura, escrita e matemática) quando implementada esta medida (DuPaul et al., 2012; DuPaul, Ervin, Hook, & McGoey, 1998; DuPaul & Henningson, 1993).

Na nossa investigação, apenas um professor entrevistado reconheceu a utilização do computador e do recurso aos pares no ensino ao seu aluno com PHDA.

Outras estratégias de gestão da sala de aula são identificadas na literatura para incrementar o sucesso académico nos alunos com PHDA, uma das mais importantes é a maximização da estrutura e da previsibilidade. Na verdade, salas de aula altamente estruturadas promovem o aumento da concentração e a melhoria das relações com os pares (Simonsen et al., 2008). Especificamente para as crianças com PHDA, uma rotina previsível e predeterminada permite aos alunos saber o que deles se espera e confere-lhes estabilidade. Os professores podem estabelecer uma rotina através da fixação explícita das regras de sala de aula, das expectativas e consequências dos seus comportamentos, as quais devem lembrar repetidas vezes a estes alunos (Brock et al., 2004; Mulligan, 2001).

Para 96.7% dos professores inquiridos no estudo 1 da investigação, em todas, ou na maior parte das vezes é importante “definir um ambiente de sala de aula estruturado, proporcionando aos alunos uma programação diária”, da mesma forma que 94.2% professores considera relevante o “ensino ativo de regras em sala de aula (devidamente identificadas e fixadas em local visível) ”.

A literatura igualmente sugere que a organização do ambiente físico da sala de aula pode ajudar a minimizar a distrabilidade experienciada por muitas crianças com PHDA (Shillingford et al., 2007). Uma das possibilidades é sentar estes alunos perto do professor (Pfiffner et al., 2006/2008), estratégia para a qual 93.8% dos docentes que preencheram o QACPP (estudo 1) entendem que deve ser aplicada em todas, ou quase todas as circunstâncias, e efetivada por três dos cinco participantes do GPE (estudo 2) nas suas salas de aula com os alunos com PHDA. Por sua vez, na bibliografia destaca-se também a supervisão ativa, através da qual o professor se move em torno da sala de aula, interage com os alunos e monitoriza o seu comportamento, corrigindo e reforçando as competências académicas apropriadas (Greenwood, Horton, & Utley, 2002; Simonsen et al., 2008). De facto, 97.8% dos professores inquiridos (estudo 1) concorda que se deve sempre, ou quase sempre, “empregar reforço positivo frequente e descritivo” e três dos cinco dos professores entrevistados (estudo 2) admitem fazê-lo. Por outro lado, todos os participantes do GPE referiram que disponibilizam uma “maior monitorização” para com estes alunos.

Resultados finais a reter:

- (i) Os professores reconhecem e aplicam algumas das estratégias académicas mais aconselhadas, embora haja espaço para melhoria (e.g., recorrer com maior frequência à aprendizagem cooperativa com a formação de pares e ao computador).

24.4 Constrangimentos na docência de alunos com PHDA

Em nossa opinião os professores são porventura a fonte mais fidedigna para a avaliação do atendimento que é feito nas escolas aos alunos com PHDA. Dos estudos analisados durante este nosso percurso, o único que procurou auscultar a opinião da classe docente neste âmbito foi desenvolvido por Mulligan (2001). Através de análise qualitativa às respostas abertas do instrumento utilizado na sua investigação, compilou as recomendações dadas pelos professores inquiridos para a melhoria da educação das crianças com PHDA, entre as quais destaca: (i) aumento do apoio da educação especial em sala de aula; (ii) inserção destes alunos em turmas reduzidas; (iii) melhorar a colaboração pais-professores; e (iv) aumento das experiências formativas relacionadas a casos práticos.

Com efeito, tanto os docentes inquiridos através do QACP (especificamente a opinião transmitida na pergunta relacionada com a inclusão de alunos com PHDA nas salas de aula regulares), assim como aqueles que participaram nas entrevistas (de acordo com a análise à questão referente a lacunas e sugestões de melhoria), destacaram igualmente as medidas acima descritas, mas acrescentaram outras que, de certa forma, se relacionam com a realidade local, nomeadamente: (i) reforço da equipa multidisciplinar das escolas; (ii) maior qualificação dos profissionais especializados (i.e., psicólogos e técnicos de educação especial) em matéria de PHDA; (iii) melhoria do processo de avaliação/diagnóstico; e (iv) maior colaboração entre estes profissionais (escolares e externos) e os professores no ensino a estes alunos.

Ainda que genérica, esta informação, aliada às restantes evidências acumuladas, permite-nos traçar um conjunto de diretrizes que poderão ser aproveitadas para a melhoria das práticas educativas dos alunos com PHDA nas escolas dos Açores, de acordo com o modelo que se segue.

25 Proposta de modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEAP)

No seguimento da revisão da literatura foi possível constatar que a intervenção escolar a alunos com PHDA exige que os professores e outros especialistas da saúde e educação adotem um conjunto de medidas e procedimentos, numa perspetiva multidisciplinar, que visem a criação de um cenário educativo favorável, que contribua para a melhoria da trajetória escolar destas crianças. Muito poucos estudos tiveram a preocupação de apresentar estratégias para a concretização deste desígnio (e.g., Sibley et al., 2016; Shillingford-Butler & Theodore, 2013), e alguns investigadores advertem para a escassez da implementação de práticas baseadas em evidências aos alunos com NEE nas salas de aula (e.g., Heward, 2010), ou seja, que muitos alunos com NEE (incluindo os que têm PHDA) não estão a receber a educação mais vantajosa para as suas especificidades, pelo que o objetivo desta componente do estudo passa por dar respostas efetivas ao nível da sinalização, avaliação e intervenção com estes alunos, através da apresentação de uma proposta de modelo de atendimento escolar a alunos com PHDA (MAEAP).

25.1 Método

Tendo como base o modelo de atendimento à diversidade (MAD) proposto por Correia (1997), adequamos os seus pressupostos às lacunas evidenciadas nesta investigação, nomeadamente: (i) problemas ao nível da sinalização/avaliação/diagnóstico; (ii) ausência de medidas de intervenção específicas para alunos com PHDA; e (iii) inexistência de programas de colaboração casa-escola. O processo de elaboração do MAEAP foi também coadjuvado com a consulta de outros documentos e normativos legais relacionados com as NEE.

25.2 Medidas e procedimentos

25.2.1 Instrumentos

Além do MAD foram utilizados outros quatro instrumentos de trabalho relacionados com o atendimento a alunos com NEE, nomeadamente: o documento “Educação Especial: manual

de apoio à prática” (DGIDC, 2008); o “Roteiro para a Educação Especial e Apoio Educativo (Luz et al., 2008); o DLR 15/2006; e a Portaria 60/2012.

25.2.1.1 Modelo de atendimento à diversidade (MAD)

O MAD tem como principal objetivo dar uma resposta educativa eficaz a todos os alunos que, desde muito cedo, experimentam problemas nas suas aprendizagens, essencialmente àqueles que se incluem no campo das NEE.

Este modelo assenta assim no princípio da “(...) diferenciação pedagógica, em que o ensino e, conseqüentemente, o currículo devem ser adequadamente diferenciados para acomodar as necessidades específicas de todos os alunos (...)” (Correia, 2008, p. 35).

No essencial abarca três componentes principais: (i) o que deve ser ensinado (conhecimento e planificação); (ii) como deve ser ensinado (implementação de intervenções); e (iii) como deve ser avaliado o progresso do aluno (verificação). O princípio fundamental para a sua aplicabilidade é o da colaboração multidisciplinar.

25.2.1.2 Decreto-lei Regional 15/2006

O DLR 15/2006 define os apoios especializados e prevê a criação de condições que permitam a adequação do processo educativo às NEE dos alunos com dificuldades de caráter permanente, como é o caso, em teoria, da PHDA. Para estes alunos é realizado um PEI, que contempla as medidas estipuladas com base na avaliação efetuada ao aluno (tendo como referência a CIF).

25.2.1.3 Portaria 60/2012

A Portaria 60/2012 especifica o conjunto de medidas a aplicar aos alunos com NEE de caráter permanente; define o Programa de Apoio Educativo e as medidas a implementar neste âmbito.

25.2.1.4 Educação Especial: manual de apoio à prática

Este manual tem como objetivo facilitar a compreensão e execução do Decreto-Lei n.º 3/2008. A sua estrutura divide-se em três capítulos: 1) explora-se conceitos como:

enquadramento; organização e funcionamento da educação especial; processo de avaliação/intervenção; e respostas educativas; 2) compreende diferentes instrumentos que podem ser utilizados pelos profissionais competentes; e 3) apresentação da CIF (versão para crianças e jovens).

25.2.1.5 Roteiro para a Educação Especial e Apoio Educativo

Este manual dá diretrizes em relação à operacionalização do processo de avaliação e intervenção nas NEE; e faz a distinção entre os percursos a seguir para os alunos com NEE de carácter permanente (EE) e os que têm graves dificuldades de aprendizagem (Apoio Educativo).

25.3 Modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEAP)

Os alunos com NEE representam um universo abrangente e diversificado (e.g., dificuldades de aprendizagem específicas, perturbações comportamentais, problemas intelectuais, motores, entre outros) que exige, por consequência, uma adequação das respostas educativas às especificidades de cada uma das problemáticas.

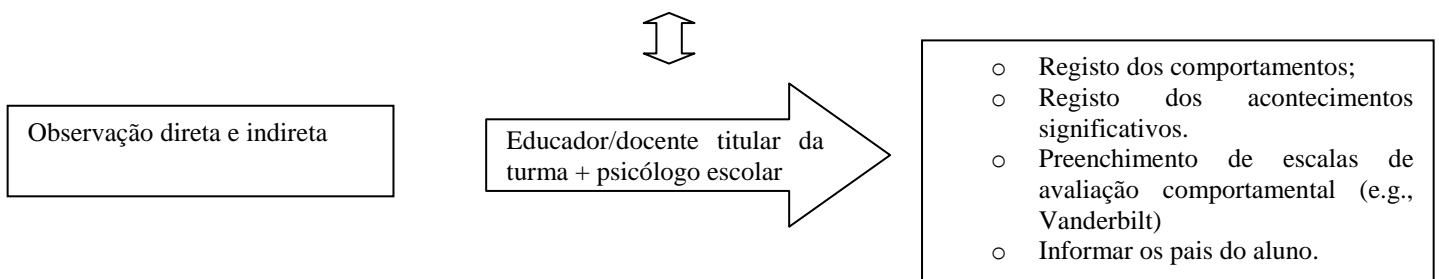
O MAEAP sustenta-se nos princípios elementares do MAD, sendo que o foco são os alunos com PHDA. A partir de bibliografia especializada neste domínio, ao nível da avaliação/diagnóstico/tratamento (e.g., AAP, 2011; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007), assim como da intervenção escolar (e.g., DuPaul & Weyandt 2006; DuPaul et al., 2014a; DuPaul et al., 2014b) e da educação especial (e.g., DGIDC, 2008; Luz et al., 2008), o MAEAP encarna um conjunto de procedimentos multidisciplinares, organizados de forma sistematizada, que visam a uniformização das práticas educativas escolares (i.e., mecanismos de sinalização, avaliação/diagnóstico e intervenção) no campo da PHDA.

A proposta do MAEAP abaixo explanada compreende três níveis: (i) o nível 1 relaciona-se com a implementação de técnicas e processos que visam a identificação precoce de alunos com PHDA, uma avaliação clínica que resulte num diagnóstico rigoroso e uma avaliação pedagógica que determine o enquadramento dos serviços de educação especial e/ou apoios educativos (ii) no nível 2 enumeram-se o conjunto de medidas educativas possíveis decorrentes da avaliação/diagnóstico anterior (i.e., para alunos com NEE de carácter

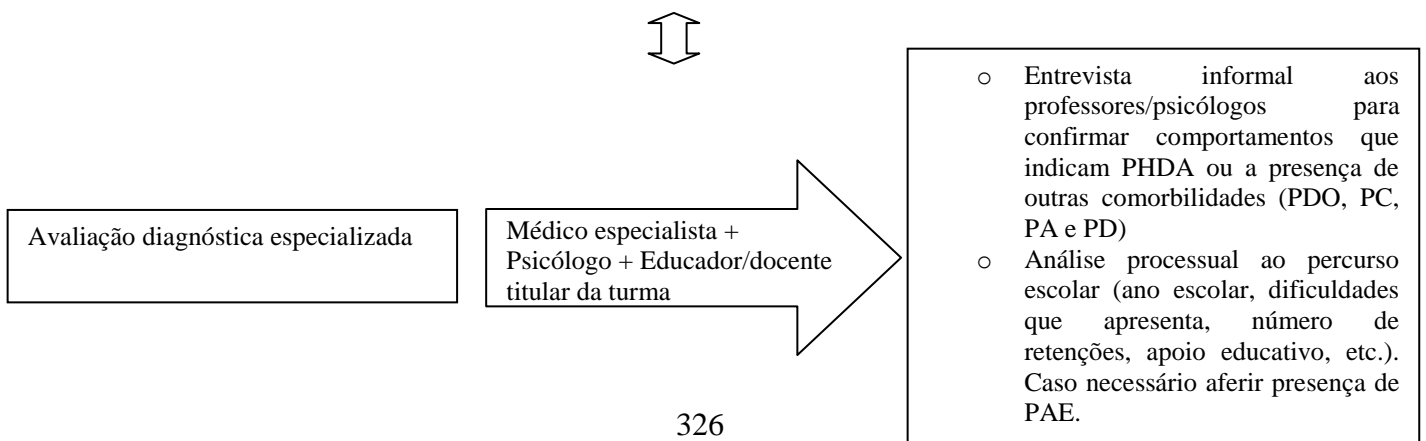
permanente e para os elegíveis nos apoios educativos); e (iii) o nível 3 foca as diretrizes gerais da intervenção escolar com estes alunos, incluindo a participação dos pais neste âmbito.

Esquema 1: Processo de identificação das NEE (alunos com PHDA) em contexto escolar

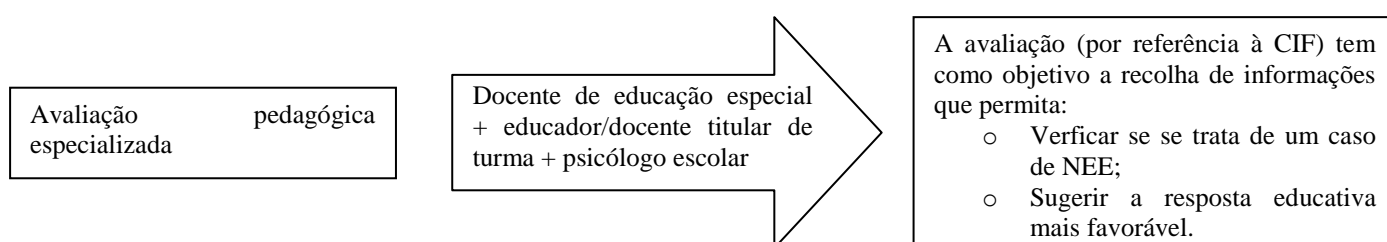
Caso não haja nenhuma referência dos pais, a primeira sinalização é da responsabilidade do professor e possibilita à escola equacionar processos que garantam uma avaliação multidisciplinar e holística do aluno, de forma a ser possível definir planos e programas de intervenção educativa capazes de responder às suas necessidades individuais.



Na suspeita de algum caso de PHDA na sala de aula, os professores devem comunicar esta situação ao psicólogo pertencente ao SPO da unidade orgânica onde leciona. Este profissional deve estar munido de instrumentos que permitam uma avaliação concreta e ser capaz de orientar o professor no preenchimento desta documentação. A EVDPP reúne todas as características necessárias para cumprir com este propósito. Realçamos que este processo deve envolver uma avaliação sistemática dos comportamentos da criança num período nunca inferior a 6 meses (isto nos casos em que não existe nenhuma indicação anterior). Esta avaliação inicial diminui substancialmente a morosidade do processo avaliativo subsequente e a possibilidade da ocorrência de falsos diagnósticos positivos.



Se os resultados decorrentes da avaliação realizada através da EVDPP indicarem diagnóstico positivo da PHDA e, uma vez que as escolas não dispõem de médicos especialistas nesta matéria, deve ser considerado o encaminhamento para uma consulta de desenvolvimento, realizada por profissionais e serviços externos, ao abrigo dos art.º 39 e 40 do DLR 15/2006. Esta situação deve ser antes comunicada aos pais e garantida a sua autorização. A partir daqui recomenda-se uma reunião inicial entre o médico responsável e os agentes escolares envolvidos (i.e., psicólogo e professor titular de turma) para troca de contactos e de informações. Na nossa perspetiva toda e qualquer comunicação entre os profissionais externos e a escola deve ser realizada pela via do psicólogo, que deve coordenar este processo e simultaneamente manter informado o professor. Esta opinião deriva da possível necessidade da realização de testes de avaliação e desempenho complementares (e.g., avaliação cognitiva, avaliação neuropsicológica e testes aferidos de rendimento académico) cuja responsabilidade caberá a este profissional sempre que pedidos pelo médico especialista. Depois de concluído o processo, aconselha-se a maior celeridade no envio da documentação de suporte ao diagnóstico (e.g., relatório clínico e/ou psicopedagógico detalhado) para o início da avaliação pedagógica especializada.



Recebida a documentação da avaliação diagnóstica e, após concluído o processo de referenciação³⁰, deve iniciar-se imediatamente a avaliação pedagógica especializada.

Para o efeito, o órgão de Gestão solicita ao Núcleo de Educação Especial (i.e., docente de educação especial) e ao Serviço de Psicologia e Orientação (psicólogo escolar) um **Relatório**

³⁰ O processo de referenciação consiste na comunicação/formalização de situações em que se verificam indícios claros de NEE de carácter permanente.

Técnico Pedagógico (RTP) conjunto, com os contributos dos restantes intervenientes no processo (e.g., docente titular de turma e outros profissionais/técnicos), onde sejam identificadas, nos casos em que tal se justifique, os motivos que determinaram as necessidades educativas especiais do aluno e a sua tipologia, especificamente as condições de saúde, doença ou incapacidade (avaliação por referência à CIF). De acordo com o DLR 15/2006, caso se trate de um caso de NEE o aluno integra o **regime de EE** e é elaborado o **PEI**. Nos casos em que tal não se verifique o aluno é encaminhado para **Apoio Educativo** e é elaborado o Plano Individual (**PI**).

Esquema 2: Respostas educativas para os alunos com PHDA

Alunos com NEE	Alunos sem NEE
Apoio pedagógico personalizado (implementação de estratégias, reforço de aptidões e aprendizagem, assim como desenvolvimento de competências específicas).	Pedagogia diferenciada em sala de aula. Aulas de recuperação.
Adequações curriculares individuais (respeitam o currículo comum e a aquisição de competências básicas).	Adaptações programáticas das disciplinas em que o aluno tenha revelado especiais dificuldades.
Adequações no processo de matrícula (e.g., adiamento da matrícula no 1.º ano de escolaridade).	Atividades de compensação em qualquer momento do ano letivo ou no início de um novo ciclo.
Adequações no processo de avaliação (e.g., tempo extra, prova reduzida com questões claras, curtas e objetivas, leitura em voz alta das questões ou realização da prova num espaço isolado).	Constituição de grupos de alunos do mesmo nível ou similar, de caráter temporário, ao longo do ano letivo.
Currículo específico individual (quando se justificam alterações substanciais do currículo comum).	Estratégias pedagógicas e organizativas específicas
Tecnologias de Apoio (alguns dispositivos facilitadores, como o computador, powerpoint, etc.).	Programas de tutoria para apoio a estratégias de estudo, orientação e aconselhamento do aluno.

O quadro acima representado traduz as possíveis adaptações no processo de ensino e aprendizagem para alunos com PHDA, de acordo com as orientações legais regionais (i.e., DLR 15/2006 e Portaria 60/2012). Segundo o que foi possível apurar, a maioria dos alunos com PHDA do 1.º Ciclo necessita, em algum momento desta etapa do seu percurso escolar, de medidas que se inserem no REE. Nestes casos, as mais usualmente aplicadas são: **apoio pedagógico personalizado** e **adequações no processo de avaliação**. Estas medidas proporcionam, por um lado, uma monitorização mais individualizada do docente face às aptidões que requerem progressos e, por outro, que o aluno usufrua de uma forma de avaliação que considere as suas principais dificuldades.

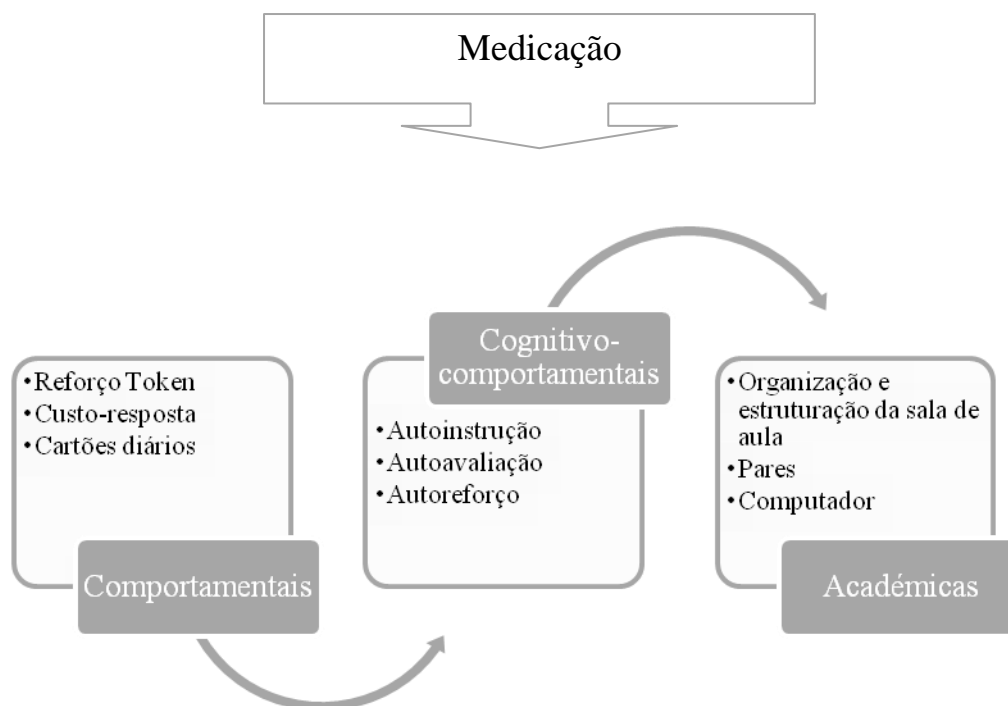
Porém, é preciso realçar que nem todos os alunos com PHDA necessitam de tais serviços e apoios do REE, pelo que se reforça a necessidade de bastante rigor na avaliação especializada efetuada (i.e., diagnóstica e pedagógica).

Esquema 3: Planeamento da intervenção

É importante primeiro que tudo destacar que a intervenção com os alunos com PHDA não se esgota na definição de apoios educativos fixados na legislação. Muito pelo contrário, deve abarcar um plano de tratamento abrangente que contemple estratégias cientificamente válidas para este tipo de alunos, de acordo com as especificidades de cada diagnóstico. Terminada a avaliação pedagógica especializada, torna-se extremamente importante uma reunião presencial que envolva todos os intervenientes que participaram nas diferentes etapas (i.e., médico especialista, psicólogo escolar, docente de educação especial e docente titular de turma), incluindo os pais.

O tratamento para alunos com PHDA será tão mais eficaz se aplicado na escola e em casa.

Na maioria dos casos, o tratamento ideal envolve a combinação de estratégias farmacológicas, comportamentais, cognitivo-comportamentais e académicas. Todas estas medidas devem constar no PIA.



A decisão de medicar a criança caberá sempre ao médico especialista e exige autorização dos pais. A lógica de que nem todos os alunos com PHDA se enquadram no REE também se aplica para a medicação. Ora, poder-se-á evitar a prescrição indiscriminada da medicação e, por vezes, pouco criteriosa, se assegurados estes procedimentos nucleares.

A medicação é essencial para alguns alunos com PHDA e, sempre que necessária, deverá ser introduzida, embora coadjuvada com as restantes medidas citadas. Para os alunos que não precisam de medicação o tratamento focar-se-á na implementação de estratégias comportamentais, cognitivo-comportamentais e académicas.

A execução, monitorização e avaliação dos tratamentos deve ser da responsabilidade da equipa escolar (principalmente do docente titular de turma, do docente de educação especial e do psicólogo). O psicólogo deve ser capaz de formar os pais, professores e docentes de educação especial para a implementação dos tratamentos não farmacológicos. Os pais e professores, além de executarem tais medidas, devem supervisionar a medicação e os seus efeitos (esta informação deve ser garantida ao médico especialista para a necessidade de alteração, ajuste ou suspensão).

Todas estas medidas devem ser alvo de avaliação periódica em reunião conjunta. No final do ano letivo deverá ser feita uma avaliação global e tomadas decisões quanto à sua continuação ou alteração para o ano letivo subsequente.

26 Obstáculos e barreiras

Nesta investigação foram encontradas muitas evidências que corroboram algumas das reflexões postuladas por Correia, Serrano, Saiote, Ferreira e Fernandes (2014) acerca da educação de crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais, em particular no que se refere à falta de recursos humanos nas escolas, à ausência de formação especializada e continuada dos intervenientes (e.g., professores) e a fraca relação entre a escola/família, que impossibilitam uma a otimização de serviços e apoios aos alunos com NEE. A partir do documento elaborado pelos referidos autores, a comissão executiva do trabalho “Pensar a Educação. Portugal 2015” fez o diagnóstico da realidade do ensino a alunos com NEE em Portugal e identificou os seus principais problemas, entre os quais se enumera:

1. “Aplicação restritiva das medidas de educação especial, o que afasta das mesmas a esmagadora maioria dos alunos com necessidades educativas permanentes, das quais destacamos os alunos com dificuldades de aprendizagem;
2. Número excessivo de alunos com NEE nas salas de aula regulares;
3. Inexistência de um modelo de atendimento que permita estabelecer um processo que vise dar respostas eficazes para os alunos com NEE;
4. Ausência de critérios bem definidos que permitam aos agrupamentos e escolas munir-se de - ou ter acesso a - um corpo imprescindível de especialistas que assegurem o devido acompanhamento dentro e fora da sala de aula
5. Insuficiente formação inicial e continuada de professores, por parte das instituições de ensino superior e outras entidades acreditadas na medida em que aquela não reflete os pressupostos fundamentais para o sucesso dos alunos com NEE e a consequente insuficiente preparação dos professores do ensino regular para trabalharem com alunos com NEE;
6. Desajustamento entre o tipo de especializações dos professores de educação especial e a desejável (mas inexistente) formação especializada orientada para as crianças e adolescentes que se inserem nos grupos mais prevalentes de NEE (cerca de metade do número total destes alunos)” (Cabrito et al., 2015, p. 40, 41).

À exceção do ponto 1, e nesta matéria há que reconhecer o mérito em identificar a PHDA como uma NEE de carácter permanente, constatamos que, apesar de devidamente sinalizados, os problemas no atendimento que é dado aos alunos com NEE nas escolas portuguesas persistem. Acresce ainda que ficamos nitidamente com a perceção da existência de uma percentagem significativa de alunos com PHDA que não recebem, formalmente, uma educação condizente com as suas características e necessidades.

Conclusões

“A normalidade causou-me sempre um grande pavor, exatamente porque é destruidora.”

(Miguel Torga, Diário IV, 1948, p.128.)

A PHDA é uma das problemáticas do desenvolvimento infantil mais investigadas, que tem suscitado invulgar interesse nos últimos anos por parte da comunidade científica, mas também de outros intervenientes que convivem de perto com esta perturbação, como sejam os médicos, psicólogos, professores, educadores e pais destas crianças.

Apesar dos significativos avanços científicos e da sua vasta propalação, referimo-nos ainda a um assunto envolto em mitos e equívocos, que reivindicam apurada clarificação, para que o aluno com PHDA seja melhor compreendido, salvaguardando, desta forma, um acompanhamento escolar adequado para todas estas crianças, e garantindo, também, um importante contributo para aqueles que lidam diariamente com o problema, como os professores, cujo conhecimento desta perturbação é empírico e a sua atuação/relação com estes alunos intuitiva, não sendo, na maioria das vezes, a mais adequada.

É consensual que os sintomas nucleares da PHDA desempenham um papel determinante no surgimento de problemas associados em contexto escolar. Em paralelo, na literatura destaca-se que a elevada comorbilidade na PHDA agrava o seu prognóstico neste âmbito. Os resultados deste estudo salientam a heterogeneidade da PHDA e a existência de subgrupos bem definidos. Os sintomas de desatenção são aqueles que mais interferem com a aprendizagem e associam-se com frequência a problemas comportamentais internalizantes, ao passo que os de hiperatividade/impulsividade essencialmente contribuem para a manifestação de problemas comportamentais externalizantes. Neste encadeamento, torna-se lógico que as crianças com as apresentações desatenta e combinada (neste estudo principalmente as primeiras) sintam mais dificuldades académicas e apresentem diagnósticos comórbidos de ansiedade e depressão. Por sua vez, os comportamentos disruptivos em sala de aula reportam-se em maior escala aos sintomas de hiperatividade/impulsividade e, por isso, há maior tendência para as crianças com as apresentações H/I e C apresentarem este tipo de problemas e outros de oposição/desafio e conduta. As relações com os pares são afetadas pelos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade e, deste modo, estão comprometidas em todas as crianças com PHDA, independentemente da apresentação, pese embora, na generalidade

dos casos estudados, este seja um aspeto menos disfuncional em contexto de sala de aula e mais evidente no recreio, em função do tipo de brincadeiras e jogos.

Os professores desempenham um papel crucial na gestão e minimização destas dificuldades no contexto escolar, sendo por isso importante averiguar se os mesmos estão preparados para assumir este desígnio.

Não obstante, parece ainda existir um vazio no que respeita a estudos que avaliem convenientemente o conhecimento dos professores em relação a questões específicas e essenciais da PHDA, e a relação entre as características destes professores e este mesmo conhecimento. Acresce ainda o facto de, em algumas destas investigações, se misturarem conceitos e variáveis (e.g., conhecimento, perceção, atitude, crença, mal-entendido), que acentuam a dificuldade na compreensão desta matéria. Na verdade, a atitude/comportamento de um professor perante um aluno com PHDA é o reflexo do seu conhecimento, das suas perceções ou crenças relativamente a esta problemática, mas parece haver poucos estudos que examinem esta relação de forma rigorosa e os que o fizeram apresentam limitações que comprometem os resultados alcançados, maioritariamente de âmbito metodológico. Com efeito, a utilização de diferentes questionários para aceder ao conhecimento dos professores constitui uma dificuldade acrescida na padronização deste saber, assim como o escasso recurso a outras técnicas metodológicas (e.g., entrevista, análise documental, observação participante) comprometem a robustez e validade dos diferentes dados alcançados. Apesar destes factos, da revisão literária efetuada há algumas ilações que se podem considerar. Existe alguma variabilidade nos resultados obtidos, mas as evidências sugerem que há espaço para a melhoria do conhecimento dos professores em relação a esta matéria, ou seja, independentemente das diferenças, mais ou menos significativas, há muitos aspetos da PHDA que devem continuar a merecer maior atenção por parte dos docentes e dos que organizam a formação de base e/ou contínua para os mesmos. Constata-se, no entanto, fortes indícios de que os professores com experiência de ensino a alunos com PHDA, assim como os que têm formação específica nesta temática, possuem um conhecimento mais apurado e apresentam atitudes e comportamentos mais positivos para com estes alunos.

Esta investigação pretende ser um contributo importante na superação das limitações acima descritas no estudo desta matéria, pois utiliza questões contempladas em diferentes instrumentos internacionais e nacionais e agrega outros recursos metodológicos (i.e., entrevistas e documentos) que possibilitam uma análise fidedigna e ampla do conhecimento que os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico têm acerca da PHDA.

Paralelamente, a escola deve assegurar um modelo de atendimento que inclua parcerias com organismos externos e uma equipa multidisciplinar que, em colaboração com os professores e os pais, seja capaz de delinear mecanismos de sinalização, diagnóstico e intervenção eficazes, aspetos que constituíram a matriz da análise às práticas educativas escolares com estes alunos, e que acentuam o cariz inovador desta investigação no âmbito do estudo da PHDA em contexto escolar.

De um modo geral, dos participantes do **estudo 1**, 72.1% admitiu já ter lecionado alunos com PHDA; apenas 19.1% confirmou ter adquirido formação específica nesta temática; 90% afirmou que a formação de base não os preparou para a docência destes alunos, sendo que 67.5% disse estar “pouco preparado” e 11.5% “nada preparado” para o ensino destas crianças. Em consequência, 95.7% reconheceu a necessidade de formação. Não obstante a evidente falta de formação e preparação para o ensino destes alunos, os docentes denotaram um conhecimento profícuo na maioria das dimensões analisadas. Por exemplo, relativamente à informação geral/mitos, 78.8% sabe que a utilização exclusiva da punição na gestão comportamental não se configura um modo de intervenção eficaz e 94.5% não concorda que a PHDA deriva da educação familiar. No entanto, observaram-se algumas lacunas no conhecimento de questões importantes que merecem reparo. Apesar de os professores estarem moderadamente esclarecidos quanto à natureza multifatorial da PHDA, é preciso explicar-lhes o papel fundamental da genética e hereditariedade no desenvolvimento da perturbação (apenas 26.7% indicou os “Fatores genéticos”), assim como as especificidades/debilidades neurológicas (e.g., FE) e o seu impacto na expressão dos sintomas típicos (e.g., inibição comportamental), pois este conhecimento terá implicações positivas na identificação e intervenção com estes alunos. Do mesmo modo, verificou-se que os docentes reconhecem o carácter multidisciplinar necessário para o diagnóstico, embora devam perceber qual o papel dos diferentes intervenientes (e.g., pediatra, psicólogo, etc.) e o modo como e quando devem atuar, isto para um melhor encaminhamento destes alunos após a sua sinalização. Aliado a este aspeto, seria importante que melhorassem o conhecimento dos critérios de diagnóstico (e.g., somente 23% dos inquiridos sabe que os sintomas devem ser apresentados de forma persistente em pelo menos dois contextos - escola/casa e/ou ambientes sociais), sob pena de confundirem determinados comportamentos, aparentemente normais ao padrão desenvolvimental das crianças, com outros típicos da PHDA, cuja gravidade, frequência e impacto lhes confere um carácter peculiar. Em relação à intervenção aferiu-se um expressivo hiato entre o conhecimento que os professores demonstram das diferentes medidas e a prática exercida em sala de aula (principalmente de estratégias comportamentais e cognitivo-

comportamentais), uma vez que ao nível da implementação de estratégias académicas a situação é mais favorável (e.g., uma das possibilidades é sentar o aluno próximo do professor, estratégia para a qual 93.8% dos docentes inquiridos através do QACP entendem que deve ser aplicada em todas, ou quase todas as circunstâncias, e efetivada por três dos cinco docentes entrevistados nas suas salas de aula).

Relativamente às variáveis em estudo confirma-se a tendência verificada noutras investigações, de que a experiência de ensino com este tipo de alunos e a obtenção de formação em PHDA traduz-se num maior conhecimento dos professores do 1.º Ciclo relativamente aos principais temas que envolvem esta temática (e.g., etiologia).

Estes dados são de particular importância para a formação de base e contínua dos professores do 1.º ciclo, uma vez que sugerem que a frequência de formação adicional (e.g., disciplina/módulo académica, workshops, seminários, etc.), especificamente direcionada para incrementar o conhecimento acerca da PHDA, é muito útil, mas também alertam para a necessidade de os planos de formação incluírem a exposição/contacto com casos reais de alunos com PHDA. Sendo assim, é fundamental que a estruturação da formação tenha em consideração todos estes aspetos e que seja feita à medida do nível de conhecimento e necessidades individuais dos professores. Não se registaram diferenças relevantes entre os professores do ensino público e o privado, sendo que por aqui se conclui que os problemas apontados serão os mesmos (de resto, uma evidência também verificada ao nível das práticas educativas).

Por outro lado, através do **estudo 2**, foi possível verificar que 41.9% dos alunos diagnosticados/fase de avaliação da PHDA espelhou três ou mais sintomas de PDO e/ou PC e 32.4% apresentam PA/PD. Os problemas na aprendizagem (i.e., leitura, matemática e escrita) e comportamentais em sala de aula (i.e., relacionamento com os pares, capacidade de organização/conclusão das tarefas, cumprimento de ordens/regras e perturbação das aulas) manifestaram-se em 81.9% e 98.1% do total de participantes (n = 105), respetivamente, dados que demonstram o forte impacto da PHDA em contexto escolar. Por sua vez, concluiu-se pela análise dos cinco casos estudados que três alunos reprovaram pelo menos um ano escolar e quatro estão com um PEI. Nos PEI averiguados é possível constatar que três alunos usufruem de tratamento farmacológico e de outras adaptações no processo de ensino/aprendizagem (principalmente o apoio pedagógico personalizado e adaptações no processo de avaliação), mas em quatro destes PEI não se vislumbra qualquer medida de tratamento comportamental ou cognitivo-comportamental para alunos com PHDA, nem de estratégias de intervenção parental. Além disso, ficou patente a fraca colaboração multidisciplinar na intervenção com

estes alunos (particularmente o apoio do psicólogo e/ou outros técnicos escolares aos professores), mas essencialmente a pouca articulação com as entidades externas no processo de diagnóstico (e.g., escassez de contatos entre os especialistas e os agentes educativos e morosidade na entrega de documentação - avaliação clínica/psicoeducativa), com consequências gravosas, nomeadamente no que diz respeito ao enquadramento dos serviços de EE.

Em suma, nesta investigação identificamos que as crianças com PHDA evidenciam graves problemas académicos, comportamentais e sociais; que os docentes não têm formação e necessitam melhorar o seu conhecimento acerca deste assunto (principalmente da etiologia e do diagnóstico); e que há evidentes falhas nas práticas educativas adotadas com esta população (ao nível da sinalização, avaliação, diagnóstico e intervenção).

Limitações, implicações e sugestões

“Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica” (Quivy, 1998, p.16).

O percurso traçado para a realização deste trabalho foi longo e exigente. Apesar de uma rigorosa planificação inicial, a abrangência e especificidade metodológica requereu alguns ajustes ao longo do tempo e, tal como seria exetável, apresentou também fraquezas.

Na realidade, os resultados deste estudo deverão ser analisados à luz das limitações que ele comporta. Em primeiro lugar, para analisar o impacto da PHDA em contexto escolar, o recurso exclusivo às classificações dos professores para constituir os grupos de estudo, poderá ser considerado um aspeto problemático, pois o processo de diagnóstico da PHDA é algo complexo, que requer a participação de outros intervenientes (e.g., pediatras, psicólogos, pais) e de um conjunto diversificado de procedimentos (e.g., entrevistas, anamnese, testes de inteligência e de desempenho neuropsicológico). Por outro lado, não se analisou o impacto que os subgrupos identificados (PHDAD + PA/PD; PHDA-H/I e PHDA-C + PDO/PC) têm no desempenho académico e comportamental, nem a influência que a interação entre a PDO/PC + PA/PD poderia exercer em cada um dos subgrupos nesta relação. A análise destas questões reivindicaria o desenvolvimento de um estudo único para o efeito, sendo que este foi apenas um dos objetivos gerais da presente investigação. Acresce que a bibliografia relacionada com esta matéria está verdadeiramente sub-representada, pelo que aqui se reforça a necessidade urgente de os investigadores no futuro se debruçarem sobre este assunto.

Apesar das referidas limitações, a consistência dos resultados obtidos em comparação com os de outras investigações internacionais citadas anteriormente, especificamente a relação entre os sintomas de desatenção e os problemas no rendimento académico/sintomas de natureza internalizante, assim como a associação dos sintomas de hiperatividade/impulsividade com os problemas comportamentais/sintomas de origem externalizante, reforça a importância destes dados para a robustez destas conclusões, assim como contribui para dissipar possíveis ameaças (variáveis externas ou parasitas) na compreensão deste assunto, em particular no que se refere à influência de aspetos socioculturais. Simultaneamente, as diferenças observadas entre os grupos PHDA-D e PHDA-C alargam o rol de investigações neste domínio (como mencionado anteriormente, apenas um número restrito de estudos verificou diferenças com

significado estatístico entre estas duas apresentações da PHDA e as variáveis em consideração), alertando assim para a importância de aprofundar esta questão e de clarificar os fatores implícitos a esta evidência.

No que concerne à análise das práticas educativas, a intencionalidade da amostra acarreta alguma prudência na interpretação dos resultados que daí advêm. Objetivamente, os cinco alunos que foram selecionados possuíam um relatório clínico e/ou psicopedagógico que comprovava a sua problemática, pese embora tenhamos verificado que a maioria dos alunos identificados pelos seus professores como estando diagnosticados com PHDA não possuíam esta documentação no seu processo, ou seja, porventura foram, necessariamente, selecionadas “escolas modelo” na tentativa de resposta às questões de investigação³¹, o que gera ainda maior preocupação perante os indicadores recolhidos.

Não obstante todas as vicissitudes, para as crianças com PHDA há um antes, e um depois, se forem bem acompanhadas. Um professor informado e preparado para lidar com a PHDA pode fazer toda a diferença no sucesso/insucesso académico destes alunos, bem como na sua vida em geral. A formação abrangente em PHDA é muito necessária para os professores do 1.º Ciclo do ensino básico. É o ponto de partida para a formulação atempada do diagnóstico, acompanhamento e tratamento das crianças com PHDA.

As universidades e os docentes que lecionam as disciplinas relacionadas com as NEE, não se podem demitir da sua responsabilidade na formação cuidada dos professores do 1.º Ciclo em relação a esta matéria (seja qual for a problemática em questão, mas principalmente as que têm maior prevalência, como é o caso da PHDA), conferindo-lhes um conhecimento adequado e conseqüentemente dotando-os de um conjunto de competências imprescindíveis à docência de alunos com estas especificidades. Um professor terá de ser capaz de saber gerir a diversidade/heterogeneidade de alunos que tem ao seu dispor na sua sala de aula. Na formação inicial, no final de cada unidade curricular relacionada com as NEE deveria ser garantido um período, nunca inferior a um mês, de contacto com docentes experimentados e restante equipa multidisciplinar das escolas. Simultaneamente, as universidades devem procurar saber as reais necessidades formativas dos professores que estão no ativo, e assumir a formação contínua dos mesmos nas áreas que denotarem maior carência, solicitando auxílio de especialistas nesta matéria sempre que necessário.

³¹ Notou-se, ainda assim, alguma dificuldade em garantir a participação dos diferentes intervenientes acoplados aos possíveis casos a estudar. Além disso, em três dos cinco casos foi necessário solicitar os relatórios clínicos e ou psicopedagógicos às entidades que os elaboraram, pois não constavam do PIA.

Uma outra solução mais prática e, na opinião dos entrevistados, bastante adequada e enriquecedora, seria a construção de uma plataforma *online*/fórum para os professores, onde fosse possível a partilha de informação, recursos e experiências em rede, acerca do ensino a alunos com PHDA.

Por fim, a proposta de modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEAP) previamente apresentada, compreende mecanismos de sinalização, avaliação e intervenção escolares, que são específicos para os alunos com PHDA, e que visam promover a articulação entre todos agentes envolvidos na educação escolar destas crianças, mas sobretudo estabelecer diretrizes para uma resposta educativa mais eficaz, que contribua para um trajeto escolar menos adverso destes alunos. Seria interessante aferir a possibilidade da sua implementação no futuro e o efeito produzido na melhoria das falhas identificadas neste estudo.

Referências

- Abikoff, H., Gallagher, R., Wells, K. C., Murray, D. W., Huang, L., Lu, F., & Petkova, E. (2013). Remediating Organizational Functioning in Children with ADHD: Immediate and Long-Term Effects from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 113-128. doi:10.1037/a0029648
- Acosta, M. T., Castellanos, F. X., Bolton, K. L., Balog, J. Z., Eagen, P., Nee, L., & ... Muenke, M. (2008). Latent Class Subtyping of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Conditions. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(7), 797-807. doi:10.1097/CHI.0b013e318173f70b
- Acevedo-Polakovich, D. I., Lorch, E. P., & Milich, R. (2007). Comparing television use and reading in children with ADHD and non-referred children across two age groups. *Media Psychology, 9*(2), 447-472. doi: 10.1080/15213260701291387
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry
- Aguiar, A. P., Kieling, R. R., Costa, A. C., Chardosim, N., Dorneles, B. V., Almeida, M. R., ... & Rohde, L. A. (2014). Increasing Teachers' Knowledge About ADHD and Learning Disorders An Investigation on the Role of a Psychoeducational Intervention. *Journal of Attention Disorders, 18*(8), 691-698. doi: 10.1177/1087054712453171
- Ainscow, M. (1998). Educação para todos: torna-la uma realidade. In M. Ainscow, G. Porter, & Wang, M., *Caminhos para as escolas inclusivas* (p. 11-31). Lisboa: IIE.
- Ainscow, M. (1995). Education for all: making it happen. *Support for Learning, 10*(4), 147-55. doi: 10.1111/j.1467-9604.1995.tb00031.x
- Ainscow, M., Dyson, A., & Weiner, S. (2013). *From Exclusion to Inclusion: Ways of Responding in Schools to Students with Special Educational Needs* [PDF]. CfBT Education Trust: United Kingdom. Consultado em: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED546818.pdf>
- Ainscow, M., & Sandill, A. (2010). Developing inclusive education systems: the role of organisational cultures and leadership. *International Journal of Inclusive Education, 14*(4), 401-416. doi: 10.1080/13603110802504903

- Ainscow, M., & Miles, S. (2008). Making education for all inclusive: where next?. *Prospects*, 38(1), 15-34. doi: 10.1007/s11125-008-9055-0
- Ainscow, M., T. Booth, A. Dyson, P. Farrell, J. Frankham, F. Gallannaugh, A. Howes, & Smith, R. (2006). *Improving schools, developing inclusion*. London: Routledge.
- Almeida, C. M. M. F. (2012). *Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Intervenção Educativa* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida de Garrett, Lisboa, Portugal. Consultado em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3245>
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alkahtani, K. (2013). Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 4(12), 963-969. doi: [10.4236/psych.2013.412139](https://doi.org/10.4236/psych.2013.412139)
- Akram, G., Thomson, A. H., Boyter, A. C., & McLarty, M. (2009). ADHD and the role of medication: Knowledge and perceptions of qualified and student teachers. *European Journal of Special Needs Education*, 24(4), 423-436. doi: 10.1080/08856250903223088
- Al-Omari, H., Al-Motlaq, M. A., & Al-Modallal, H. (2015). Knowledge of and Attitude towards Attention-deficit Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Jordan. *Child Care in Practice*, 21(2), 128-139. doi: 10.1080/13575279.2014.962012
- American Academy Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. doi: 10.1542/peds.2011-2654
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.^a Ed., Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(01), 57-87. Consultado em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00424/pdf>
- Antshel, K. M. (2015). Psychosocial interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 79-97. doi: 10.1016/j.chc.2014.08.002

- Antshel, K. M., & Olszewski, A. K. (2014). Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 825-842. doi:10.1016/j.chc.2014.05.001
- Antshel, K., Hargrave, T., Simonescu, M., Kaul, P., Hendricks, K., & Faraone, S. (2011). Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine*, 9(1), 72-83. doi: 10.1186/1741-7015-9-72.
- Armstrong, D., Armstrong, A. C., & Spandagou, I. (2011). Inclusion: by choice or by chance?. *International Journal of Inclusive Education*, 15(1), 29-39. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1080/13603116.2010.496192>
- Armstrong, F. (2002). The historical development of special education: humanitarian rationality or 'wild profusion of entangled events'?. *History of Education*, 31(5), 437-456. doi:10.1080/004676002101533627
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 632-639. doi: 10.1111/jcpp.12337
- Arnett, A. B., MacDonald, B., & Pennington, B. F. (2013). Cognitive and behavioral indicators of ADHD symptoms prior to school age. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(12), 1284-1294. doi:10.1111/jcpp.12104
- Arora, P. G., Connors, E. H., Biscardi, K. A., & Hill, A. M. (2016). School mental health professionals' training, comfort, and attitudes toward interprofessional collaboration with pediatric primary care providers. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1-19. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1080/1754730X.2016.1181526>
- Antunes, R., Silva, F. G., & Afonso, S. (2014). Estratégias práticas para o dia a dia. In A. S. Neto e equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas (Ed.), *Hiperatividade e défice de atenção* (33-34). Abrantes, Lisboa: Verso da Kapa.
- Asherson, P., & Gurling, H. (2011). Quantitative and molecular genetics of ADHD. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 9, 239-272. doi: 10.1007/7854_2011_155
- Atkinson, M., & Hollis, C. (2010). NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood-Education & Practice Edition*, 95(1), 24-27. doi:10.1136/adc.2009.175943
- Avisar, A., & Lavie-Ajayi, M. (2014). The Burden of Treatment: Listening to Stories of Adolescents With ADHD About Stimulant Medication Use. *Ethical Human Psychology & Psychiatry*, 16(1), 37-50. doi:10.1891/1559-4343.16.1.37

- Azevedo, A. F., Santos, M. J. S., Gaspar, M. F., & Homem, T. C. (2012). A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção. *Análise Psicológica*, 30(4), 387-403. doi: 10.14417/ap.600
- Baeyens, D., Roeyers, H., & Walle, J. V. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): distinct or related disorders across measurement levels?. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(4), 403-417. doi:10.1007/s10578-006-0011-z
- Bairrão, J., Felgueiras, L., Fontes, P., Pereira, F., & Vilhena, C. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96(9), 1269-1274. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x
- Bangs, M. E., Tauscher-Wisniewski, S., Polzer, J., Zhang, S., Acharya, N., Desai, D., ... & Allen, A. J. (2008). Meta-analysis of suicide-related behavior events in patients treated with atomoxetine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(2), 209-218. doi: 10.1097/chi.0b013e31815d88b2.
- Batista, J. A. L. S. (2000). *A invenção do braille e a sua importância na vida dos cegos*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência/Comissão de Braille.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications. Consultado em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=0J0gBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=%E2%80%9CAttention-Deficit+Hyperactivity+Disorder+is+a+development+disorder+characterized+by+developmentally+inappropriate+degrees+of+attention,+overactivity,+and+impulsivity.+These+often+arise+in+early+childhood%3B+are+relatively+chronic+in+nature%3B+and+are+not&ots=FJ6f5NGV5E&sig=pEHYZ8Df8wALLElhCXYCdgiP5y0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Barkley, R. A. (2008). Classroom accommodations for children with ADHD. *The ADHD Report*, 16(4), 7-10. doi: 10.1521/adhd.2008.16.4.7
- Barkley, R. A. (2008a). Principais sintomas, critérios diagnósticos, prevalência e diferenças de género. In R. A. Barkley et al. (Ed.), *Transtorno de Déficit de*

- Atenção/Hiperatividade* (3.^a ed.) (R. C. Costa, Trad.) (88-134). Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 2006).
- Barkley, R. A. (2008b). Etiologias. In R. A. Barkley et al. (Ed.), *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (3.^a ed.) (R. C. Costa, Trad.) (231-260). Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 2006).
- Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25(2), 77-83. doi: 10.1016/S0387-7604(02)00152-3
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 36-43. Consultado em: https://www.researchgate.net/publication/10922064_Psychosocial_treatments_for_attention-deficithyperactivity_disorder_in_children
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.65
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623-630. doi:10.1177/1087054711432309
- Barkley, R. A., & Edwards, G. (2008). Entrevista diagnóstica, escalas de avaliação do comportamento e exame médico. In R. A. Barkley et al. (Ed.), *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (3.^a ed.) (R. C. Costa, Trad.) (349-400). Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 2006).
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C. C., Martínez, J. V., Cumba, E., & Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166-179. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00343.x
- Bauermeister, J. J., Barkley, R. A., Bauermeister, J. A., Martínez, J. V., & McBurnett, K. (2012). Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: Neuropsychological and psychosocial correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 683-697. doi:10.1007/s10802-011-9602-7
- Baumgaertel, A., Wolraich, M. L., & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 629-638. doi:10.1097/00004583-199505000-00015

- Beaver, K., Nedelec, J., Rowland, M., & Schwartz, J. (2012). Genetic Risks and ADHD Symptomatology: Exploring the Effects of Parental Antisocial Behaviors in an Adoption-Based Study. *Child Psychiatry & Human Development*, *43*(2), 293-305. doi:10.1007/s10578-011-0263-0
- Becker, S. P., & Langberg, J. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo Dimensions in Relation to Executive Functioning in Adolescents with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*(1), 1-11. doi:10.1007/s10578-013-0372-z
- Becker, S., Marshall, S., & McBurnett, K. (2014). Sluggish Cognitive Tempo in Abnormal Child Psychology: An Historical Overview and Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(1), 1-6. doi:10.1007/s10802-013-9825-x
- Becker, S. P., McBurnett, K., Hinshaw, S. P., & Pfiffner, L. J. (2013). Negative social preference in relation to internalizing symptoms among children with ADHD predominantly inattentive type: Girls fare worse than boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *42*(6), 784-795. doi: 10.1080/15374416.2013.828298
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, *7*(3), 151-161. doi: 10.1177/108705470400700303
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogan, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, *55*(7), 692-700. doi:10.1016/j.biopsych.2003.12.003
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(1), 36-42. doi: 10.1176/appi.ajp.159.1.36
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 816-818. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.816
- Biederman, J., Faraone, S. V., Doyle, A., Lehman, B. K., Kraus, I., Perrin, J., & Tsuang, M. T. (1993). Convergence of the Child Behavior Checklist with Structured Interview-

- based Psychiatric Diagnoses of ADHD Children with and without Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(7), 1241-1251.
doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb01785.x
- Blackman, G. L., Ostrander, R., & Herman, K. C. (2005). Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8(4), 195-207.
doi:10.1177/1087054705278777
- Bloemsma, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S. V., Buitelaar, J. K., ... & Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), 225-234.
doi:10.1007/s00787-012-0339-9
- Boake, C. (2002). From the Binet–Simon to the Wechsler–Bellevue: Tracing the History of Intelligence Testing. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 24(3), 383-405. Consultado em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9e7cf8a6-6926-427b-b8c7-f617b9f51b8a%40sessionmgr4010&vid=8&hid=4214>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Booth, T. (1996). A perspective on inclusion from England. *Cambridge Journal of Education*, 26(1), 87-99. Consultado em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=76abc6f2-3bab-4e7e-bacb5b9e5f4e9852%40sessionmgr120&vid=22&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=9605081852&db=a9h>
- Bradley-Klug, K. L., Jeffries-DeLoatch, K. L., Walsh, A. S. J., Bateman, L. P., Nadeau, J., Powers, D. J., & Cunningham, J. (2013). School psychologists' perceptions of primary care partnerships: Implications for building the collaborative bridge. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(1), 51-67. Consultado em:
<http://dx.doi.org/10.1080/1754730X.2012.760921>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. doi:10.1177/135910457000100301
- Brislin, R. W. (1976). Comparative research methodology: Cross-cultural studies. *International Journal of Psychology*, 11(3), 215.
doi:10.1080/00207597608247359

- Brock, S. E., & Clinton, A. (2007). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in childhood: A review of the literature. *The California School Psychologist, 12*(1), 73-91. doi: 10.1007/BF03340933
- Brock, S. E., Puopolo, M., Cummings, C., & Husted, D. (2004). *ADHD: Classroom interventions*. Helping children at home and school II: Handouts for families and educators, S8. Consultado em:
<http://www.miottawa.org/health/cmh/pdf/brains/Attention%20and%20Executive%20Function/ADHD%20Resources/ADHD%20Classroom%20Interventions.pdf>
- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 128-138. doi: 10.1037/a0026582
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?. *Qualitative Research, 6*(1), 97-113. doi: 10.1177/1468794106058877
- Bubnik, M. G., Hawk Jr, L. W., Pelham Jr, W. E., Waxmonsky, J. G., & Rosch, K. S. (2015). Reinforcement enhances vigilance among children with ADHD: comparisons to typically developing children and to the effects of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(1), 149-161. doi: 10.1007/s10802-014-9891-8.
- Burt, S. A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological Bulletin, 135*(4), 608-637. doi: 10.1037/a0015702
- Bussing, R., Zima, B. T., & Perwien, A. R. (2000). Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(10), 1260-1269. doi:10.1097/00004583-200010000-00013
- Bush, G. (2011). Cingulate, frontal, and parietal cortical dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 69*(12), 1160-1167. doi:10.1016/j.biopsych.2011.01.022
- Bylund, J. (2015). School Based Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica, 1*(15), 43-50. Consultado em: http://fics.edu.br/index.php/augusto_guzzo/article/view/263
- Cabrito, B., Fernandes, G. L., Silva, M., Lopes, M. C., Ribeiro, M. E., Carneiro, M. R. (2015). *Pensar a Educação. Portugal 2015* [PDF]. Consultado em: http://fundacao-betania.org/ges/Educacao2015/PENSAR_A_EDUCA%C3%87%C3%83O-TEXTO-FINAL.pdf

- Canu, W. H., & Mancil, E. B. (2012). An examination of teacher trainees' knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Mental Health, 4*(2), 105-114.
doi: 10.1007/s12310-012-9071-3
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Navarro-Pastor, J. B., García-Nonell, K., Rigau-Ratera, E., & Obiols, J. E. (2014). ADHD Predominantly Inattentive Subtype With High Sluggish Cognitive Tempo: A New Clinical Entity?. *Journal of Attention Disorders, 18*(7), 607-616. doi: 10.1177/1087054712445483
- Cardoso, M. F. P. (2013). *Perceção dos professores do 1º ciclo do ensino básico face aos comportamentos perturbadores de crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal. Consultado em:
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4193/1/TeseMestradoM%C2%AAAF%C3%A1timaCardoso.pdf>
- Cariano, A. M. A. (2010). *Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior). Consultado em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2540>
- Caridade, J. A. M. A. (1993). *Integração da criança com necessidades educativas especiais : o subsistema da educação especial na administração educacional*. Braga : Universidade do Minho.
- Carlson, C. L., & Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9*(3), 499-510. Consultado em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-00431-003>
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., & ... Rapoport, J. L. (2002). Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 288*(14), 1740-1748.
doi: 10.1001/jama.288.14.1740
- Casey, B. J., Nigg J. T., & Durston, S. (2007) New potential leads in the biology and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Curr Opin Neurol, 20*(2), 119-124.
doi: 10.1097/WCO.0b013e3280a02f78
- Caye, A., Rocha, T. B. M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M., Barros, F. C., ... & Swanson, J. M. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From

- Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-onset Syndrome. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0383
- César, M., & Oliveira, I. (2005). The curriculum as a tool for inclusive participation: Students' voices in a case study in a Portuguese multicultural school. *European Journal of Psychology of Education*, 20(1), 29-43. doi:10.1007/BF03173209
- Chacko, A., Wakschlag, L., Hill, C., Danis, B., & Espy, K. A. (2009). Viewing preschool disruptive behavior disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder through a developmental lens: what we know and what we need to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 627-64. doi: 10.1016/j.chc.2009.02.003
- Chail Choe, T., & Ching Shiet, W. (2016). Investigating the effects oh neurofeedback (NFT) on gender differences among inattentive studentes in malaysia. *Educational Research International*, 5(2), 63-74. Consultado em:
<http://www.erint.savap.org.pk/PDF/Vol.5.2/ERInt.2016-5.2-08.pdf>
- Ciordia, J. V. (2002). Marco histórico de la educación especial. *ESE: Estudios Sobre Educación*, 2, 129-143. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10171/8053>
- Clarfield, J., & Stoner, G. (2005). The effects of computerized reading instruction on the academic performance of students identified with ADHD. *School Psychology Review*, 34(2), 246-254. Consultado em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=6d78bf4a-ff13-431c-a375-f285ed58c7c3%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZSdzY29wZT1zaXRI#AN=17407214&db=a9h>
- Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K., & Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(1), 33-40.
doi:10.1186/1753-2000-6-33
- Coghill, D. R., Seth, S., & Matthews, K. (2014). A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychological Medicine*, 44(09), 1989-2001. doi: 10.1017/S0033291713002547
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). New York: Academic Press.
- Colás, P. (1998). El análisis cualitativo de datos. In L. Buendía, P. Colás, & F. Hernández (Eds.), *Métodos de Investigación en Psicopedagogía* (225-249). Madrid: Mc-Graw-Hill

- Conners, C. K. (1980). *Food Additives and Hyperactive Children*. New York: Plenum.
Consultado em: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US19820720852>
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 884-888. doi:10.1176/ajp.126.6.884
- Connor, D. F. (2008). Estimulantes. In R. A. Barkley et al. (Ed.), *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (3.^a ed.) (R. C. Costa, Trad.) (620-660). Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 2006).
- Connor, D. J., & Ferri, B. A. (2005). Integration and inclusion – a troubling nexus: race, disability, and special education. *Journal of African American History*, 90(1/2), 107-127. Consultado em: <http://www.jstor.org/stable/20063978>
- Constant, J. (2014). Edouard Seguin (1812–1880). *Neuropsychiatrie De L'enfance & De L'adolescence*, 62(2), 131-133. doi:10.1016/j.neurenf.2014.01.008
- Cordeiro, A. F. M., & Antunes, M. A. M. (2010). A ação pedagógica de Itard na educação de Victor, o “Selvagem de Aveyron”: Contribuição à história da psicologia. *Memorandum*, 18, 37-49. Consultado em:
<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a18/cordeiroantunes01.pdf>
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24, 577-89. Consultado em:
<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10548>
- Correia, L. M., Serrano, A. M., do Vale, A. P., de Deus Saiote, M., Ferreira, R. M. S., & Fernandes, J. B. (2014). *A educação de crianças e adolescentes com necessidades especiais* [PDF]. Consultado em:
<http://ipodine.pt/wp-content/uploads/2015/02/A-EDUCA%C3%87%C3%83O-DE-CRIAN%C3%87AS-COM-NE.pdf>
- Correia, L. M. (2008). *A escola contemporânea e a inclusão de alunos com nee: considerações para uma educação com sucesso*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M., & Lavrador, R. S. F. (2010). *A utilidade da CIF em educação: um estudo exploratório*. Porto: Porto Editora.

- Correia, L. M. & Cabral, M. C. M. (1997). Uma nova política de educação. In L. M. Correia, *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares* (p. 19-32). Porto: Porto Editora.
- Costa, D. S., de Paula, J. J., Alvim-Soares Júnior, A. M., Diniz, B. S., Romano-Silva, M. A., Malloy-Diniz, L. F., & de Miranda, D. M. (2014). ADHD inattentive symptoms mediate the relationship between intelligence and academic performance in children aged 6-14. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(4), 313-321. doi:10.1590/1516-4446-2013-1201
- Costa, A. M. B. (1996). A escola inclusiva: do conceito à prática. *Inovação*, 9, 151-163.
- Coutinho, C. P. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Revista Educação Unisinos*, 12(1), 5-15.
Consultado em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7884>
- Couto, M. A. S. (2012). *A PHDA como Fator Condicionante do Sucesso Escolar Estudo Exploratório acerca das Percepções dos Professores*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração). Consultado em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4053/Tese%20de%20Mestrado.pdf?sequence=1>
- Crawford, S. G., Kaplan, B. J., & Dewey, D. (2006). Effects of coexisting disorders on cognition and behavior in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 192-199. doi: 10.1177/1087054706289924
- Crea, T. M., Chan, K., & Barth, R. P. (2014). Family environment and attention-deficit/hyperactivity disorder in adopted children: associations with family cohesion and adaptability. *Child: Care, Health & Development*, 40(6), 853-862.
doi:10.1111/cch.12112
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). *Best practices for mixed methods research in the health sciences* [PDF]. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health. Consultado em: https://tiger.uic.edu/jaddams/college/business_office/Research/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research.pdf
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Plano Clark, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264. doi: 10.1177/0011000006287390

- Crystal, D. S., Ostrander, R., San Chen, R., & August, G. J. (2001). Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Self-, parent, and teacher reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 189-205. doi:10.1023/A:1010325513911
- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., ... & Sergeant, J. (2013). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(3), 227-246. doi: 10.1111/jcpp.12036
- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward Systems Neuroscience of ADHD: A Meta-Analysis of 55 fMRI Studies. *The American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1038-1055. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11101521
- Crocker, L. D., Heller, W., Warren, S. L., O'Hare, A. J., Infantolino, Z. P., & Miller, G. A. (2013). Relationships among cognition, emotion, and motivation: implications for intervention and neuroplasticity in psychopathology. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(261), 1-19. doi: 10.3389/fnhum.2013.00261
- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 381(9875), 1371-1379. doi:10.1016/S0140-6736(12)62129-1
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher Perceptions of Classroom Interventions for Children with ADHD: A Cross-Cultural Comparison of Teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21(2), 171-196. doi:10.1521/scpq.2006.21.2.171
- Czamara, D., Tiesler, C. T., Kohlböck, G., Berdel, D., Hoffmann, B., Bauer, C., & ... Heinrich, J. (2013). Children with ADHD Symptoms Have a Higher Risk for Reading, Spelling and Math Difficulties in the GINIplus and LISApplus Cohort Studies. *Plos ONE*, 8(5), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0063859
- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development*, 32(2), 193-204. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00572.x
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., ... & European ADHD Guidelines Group. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across

- multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847. doi:10.1016/j.jaac.2014.05.013
- Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?. *Child: Care, Health and Development*, 36(4), 455-464.
doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01046.x
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health and Development*, 35(6), 754-766. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938.x
- Dalsgaard, S., Nielsen, H. S., & Simonsen, M. (2014). Consequences of ADHD medication use for children's outcomes. *Journal of Health Economics*, 37, 137-151.
doi:10.1016/j.jhealeco.2014.05.005
- Davis, D. W., & Williams, P. G. (2011). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool-Age Children: Issues and Concerns. *Clinical Pediatrics*, 50(2), 144-152.
doi:10.1177/0009922810384722
- De Boer, A., Pijl, S. J., & Minnaert, A. (2011). Regular primary schoolteachers' attitudes towards inclusive education: A review of the literature. *International Journal of Inclusive Education*, 15(3), 331-353. Consultado em:
<https://doi.org/10.1080/13603110903030089>
- De Sousa, A., & Kalra, G. (2012). Drug therapy of attention deficit hyperactivity disorder: Current trends. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 45-69. doi: 10.4103/0973-1229.87261
- Deault, L. C. (2010). A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 168-192. doi:10.1007/s10578-009-0159-4
- Deno, E. (1994). Special education as developmental capital revisited: A quarter century appraisal. *Journal of Special Education*, 27(4), 375-392.
doi:10.1177/002246699402700402
- Decreto-Lei nº 290/2009 de 12 de outubro. *Diário da República nº 197 – 1ª Série*. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República nº 193 – 1ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. *Diário da República nº 4 – 1ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 34/2007 de 15 de fevereiro. *Diário da República nº 33 – 1ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 6/2001 de 18 de janeiro. *Diário da República nº 15 – 1ª Série-A*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 190/91 de 17 de maio. *Diário da República nº 113 – 1ª Série-A*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 319/91 de 23 de agosto. *Diário da República nº 193 – 1ª Série-A*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 35/90 de 25 de janeiro. *Diário da República nº 21 – 1ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto Legislativo Regional n.º 17/2015 de 22 de junho. *Diário da República nº 89 – 1ª Série*. Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores. Angra do Heroísmo.

Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A de 7 de abril. *Diário da República nº 70 – 1ª Série-A*. Ministério da Educação. Angra do Heroísmo.

Decreto Regulamentar Regional n.º 26/2002 de 11 de setembro. Governo Regional dos Açores. Angra do Heroísmo.

Decreto Regulamentar Regional n.º 2/93/A. *Diário da República nº 45 – 1ª Série-B*. Secretaria Regional da Educação e Cultura. Açores.

Desman, C., Petermann, F., & Hampel, P. (2008). Deficit in response inhibition in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Impact of motivation?. *Child Neuropsychology, 14*(6), 483-503.
doi: 10.1080/09297040701625831

Despacho normativo nº 17-A/2015, de 22 de setembro. *Diário da República nº 185 – 2ª Série*. Ministério da Educação e Ciência. Lisboa.

Despacho Normativo nº 50/2005 de 9 de novembro. *Diário da República nº 215 – 1ª Série-B*. Ministério da Educação. Lisboa.

Despacho Normativo nº 34/2001 de 2 de agosto. *Diário da República nº 31 – 1ª Série*. Secretaria da Educação e Cultura. Assembleia Legislativa Regional.

Dewey, J. (2002). *A escola e a sociedade: a criança e o currículo*. Lisboa: Relógio d'Água.

DGEEC (2012). *Educação em Números: Portugal 2012*. Lisboa: DGEEC

DGIDC (2008). *Educação Especial: Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: DGIDC. Consultado em: http://escolasobidos.net/ens_esp/doc/livro_ed_esp.pdf

- Diamantopoulou, S., Rydell, A. M., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Developmental Neuropsychology*, 32(1), 521-542. doi:10.1080/8756564070136098
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Di Trani, M., Di Roma, F., Elda, A., Daniela, L., Pasquale, P., Silvia, M., & Renato, D. (2014). Comorbid Depressive Disorders in ADHD: The Role of ADHD Severity, Subtypes and Familial Psychiatric Disorders. *Psychiatry Investigation*, 11(2), 137-142. doi:10.4306/pi.2014.11.2.137
- Doehnert, M., Brandeis, D., Schneider, G., Drechsler, R., & Steinhausen, H. (2013). A neurophysiological marker of impaired preparation in an 11-year follow-up study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(3), 260-270. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02572.x
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 665-673. doi:10.1007/s00787-014-0634-8
- Dorn, S., Fuchs, D., & Fuchs, L. (1996). A Historical Perspective on Special Education Reform. *Theory Into Practice*, 35(1), 12-19. Consultado em: <http://www.jstor.org/stable/1476334>
- Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J., ... & Neumann, P. J. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 990-1002. doi:10.1016/j.jaac.2012.07.008
- DuPaul, G. J. (2007). School-based interventions for students with attention deficit hyperactivity disorder: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 36(2), 183-194. Consultado em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=df22c1e2-18e5-4d6c-87fc-4bcc8b9985a6%40sessionmgr120&vid=1&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=25592362&db=a9h>
- DuPaul, G. J. (2004). ADHD identification and assessment: basic guidelines for educators. Helping children at home and school II: handouts for families and educators. *Bethesda, MD: National Association of School Psychologists*, 8, 17-20. Consultado em:

http://www.flihereducation.com/uploads/2/8/3/7/28372547/adhd_identification.pdf

- DuPaul, G. J., Kern, L., Caskie, G. I., & Volpe, R. J. (2015). Early intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: prediction of academic and behavioral outcomes. *School Psychology Review, 44*(1), 3-20.
doi: <http://dx.doi.org/10.17105/SPR44-1.3-20>
- DuPaul, G. J., & Jimerson, S. R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: contemporary science, practice, and policy. *School psychology quarterly: the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association, 29*(4), 379-384. doi:10.1037/spq0000104
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014a). School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23*(4), 687-697. doi:10.1016/j.chc.2014.05.003
- DuPaul, G. J., Reid, R., Anastopoulos, A. D., & Power, T. J. (2014b). Assessing ADHD symptomatic behaviors and functional impairment in school settings: impact of student and teacher characteristics. *School psychology quarterly: the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association, 29*(4), 409-421.
doi:10.1037/spq0000095
- DuPaul, G., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities, 46*(1), 43-51. doi:10.1177/0022219412464351
- DuPaul, G. J., Eckert, T. L., & Vilaro, B. (2012). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis 1996-2010. *School Psychology Review, 41*(4), 387. Consultado em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f45ccdba-fc82-436e-bd4f-e495aa135031%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4109>
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011) ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. *Theory Into Practice, 50*(1), 35-42.
doi: 10.1080/00405841.2011.534935
- DuPaul, G. J., & Weyandt, L. L. (2006). School based Intervention for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability, Development and Education, 53*(2), 161-176. doi: 10.1080/10349120600716141
- DuPaul, G. J., & White, G. P. (2006). ADHD: Behavioral, Educational, and Medication Interventions. *Education Digest, 71*(7), 57-60. Consultado em:

<http://eric.ed.gov/?id=EJ741046>

- DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1998). Academic interventions for students with attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of the literature. *Reading & Writing Quarterly Overcoming Learning Difficulties*, 14(1), 59-82. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1080/1057356980140104>
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, C. L., & McGoey, K. E. (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(4), 579-592. doi: 10.1901/jaba.1998.31-579
- DuPaul, G. J., & Henningson, P. N. (1993). Peer Tutoring Effects on the Classroom Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Review*, 22(1), 134-43. Consultado em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-27569-001>
- Durston, S., Mulder, M., Casey, B., Ziermans, T., & van Engeland, H. (2006). Activation in Ventral Prefrontal Cortex is Sensitive to Genetic Vulnerability for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 60(10), 1062-1070. doi:10.1016/j.biopsych.2005.12.020
- Efron, D., Hazell, P., & Anderson, V. (2011). Update on attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(10), 682-689. doi: 10.1111/j.1440-1754.2010.01928.x
- Eiraldi, R. B., Power, T. J., & Nezu, C. M. (1997). Patterns of Comorbidity Associated With Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among 6- to 12-Year-Old Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 503-514. doi:10.1097/00004583-199704000-00013
- Eisenberg, L. (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: When “ADHD” was the “brain-damaged child”. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(3), 279-283. doi:10.1089/cap.2006.0139
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(15), 15. doi: 10.1186/1753-2000-2-15
- Elkins, R. M., Carpenter, A. L., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2014). Inattention symptoms and the diagnosis of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder among youth with generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 754-760. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.003

- Elkins, I. J., Malone, S., Keyes, M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater for girls than for boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(4), 532-545. doi: 10.1080/15374416.2011.581621
- Epstein, J. N., Langberg, J. M., Rosen, P. J., Graham, A., Narad, M. E., Antonini, T. N., ... & Altaye, M. (2011). Evidence for higher reaction time variability for children with ADHD on a range of cognitive tasks including reward and event rate manipulations. *Neuropsychology, 25*(4), 427-441. doi: 10.1037/a0022155
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., & ... Scott, J. (2013). Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 54*(12), 1263-1274. doi:10.1111/jcpp.12144
- Espada, O. F. O. M. (2011). *Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett). Consultado em: <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/1671/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20ESEAG%202011%20-%20Cl%C3%A1udia%20Espada.pdf?sequence=1>
- Evans, S. W., Langberg, J. M., Egan, T., & Molitor, S. J. (2014). Middle School–based and High School–based Interventions for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 23*(4), 699-715. doi: 10.1016/j.chc.2014.05.004
- Evans, S. W., Schultz, B. K., & Sadler, J. M. (2008). Safety and efficacy of psychosocial interventions used to treat children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Ann, 37*(1), 52-9. doi: 10.3928/00904481-20080101-03
- Fabiano, G., Pelham, W., Majumdar, A., Evans, S., Manos, M., Caserta, D., & ... Carter, R. (2013). Elementary and Middle School Teacher Perceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Prevalence. *Child & Youth Care Forum, 42*(2), 87-99. doi:10.1007/s10566-013-9194-1
- Fabiano, G. A., Vujnovic, R. K., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Massetti, G. M., Pariseau, M. E., ... & Greiner, A. R. (2010). Enhancing the effectiveness of special education programming for children with attention deficit hyperactivity disorder using a daily report card. *School Psychology Review, 39*(2), 219-239. Consultado em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d84b63d9-070f-4f32-beb5-2fe1f93e72e8%40sessionmgr104&vid=1&hid=102>

- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 29*(2), 129-140.
doi:10.1016/j.cpr.2008.11.001
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Gnagy, E. M., & Burrows-MacLean, L. (2007). The single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and methylphenidate for children with attention deficit hyperactivity disorder in a classroom setting. *School Psychology Review, 36*(2), 195. Consultado em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=01f53847-dc4e-4bc0-b5ba-ee74507c5f%40sessionmgr106&vid=1&hid=102>
- Faraone, S. V., Anderson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. k., Ramos-Quiroga, J. A., ... & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 1*, 1-23. doi:10.1038/nrdp.2015.20
- Faraone, S. V., McBurnett, K., Sallee, F. R., Steeber, J., & López, F. A. (2013). Guanfacine extended release: a novel treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Clinical Therapeutics, 35*(11), 1778-1793.
doi:10.1016/j.clinthera.2013.09.005
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(4), 353-364. doi: 10.1007/s00787-009-0054-3
- Faraone, S. V., & Glatt, S. J. (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*(6), 754-763. doi: 10.4088/JCP.08m04902pur
- Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(1), 159-180.
doi:10.1016/j.psc.2009.12.004
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. J., & Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *MedGenMed: Medscape General Medicine, 8*(4), 4. Consultado em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868385/?tool=EBI>
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1313-1323.
doi:10.1016/j.biopsych.2004.11.024

- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 24-29.
doi:10.1097/01.jcp.0000108984.11879.95
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition. *World Psychiatry*, 2(2), 104-113. Consultado em: <http://www.diet-studies.com/open/Faraone2003.pdf>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Monuteaux, M. C. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6(1), 5-13. doi: 10.1177/108705470200600102
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W., & Russell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 185-193.
doi:10.1097/00004583-199802000-00011
- Farrell, P. (2001). Special education in the last twenty years: have things really got better?. *British Journal of Special Education*, 28(1), 3-9. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8527.t01-1-00197>
- Fassbender, C., Krafft, C. E., & Schweitzer, J. B. (2015). Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *NeuroImage: Clinical*, 8, 390-397. doi:10.1016/j.nicl.2015.05.007
- Felgueiras, I. (1994). *As crianças com necessidades educativas especiais: como as educar? Inovação*, 7, 23-25.
- Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El-Abd, S., Lax-Pericall, T., Jacobs, B., Bilbow, A., Taylor, E. (2016). A Randomized Controlled Trial Evaluating the Efficacy of a Psychoeducation Program for Families of Children and Adolescents With ADHD in the United Kingdom: Results After a 6-Month Follow-Up. *Journal of Attention Disorders*, 1, 1-12.
doi: 10.1177/1087054715626509
- Ferrin, M., & Vance, A. (2014). Differential effects of anxiety and depressive symptoms on working memory components in children and adolescents with ADHD combined type and ADHD inattentive type. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(12), 1161-1173. doi:10.1007/s00787-013-0509-4

- Fernandes, E. V. (2007). *Perturbação de défice de atenção e hiperatividade no âmbito escolar* (Dissertação de Mestrado). Departamento das Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10773/4748>
- Fernández, S., Mínguez, R., & Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (Spanish). *Psicothema*, 19(4), 585-590 Consultado em: <http://www.psicothema.com/pdf/3401.pdf>
- Ferreira, M. S. (2007). *Educação regular, educação especial : uma história de separação*. Porto : Afrontamento.
- Filcheck, H. A., McNeil, C. B., Greco, L. A., & Bernard, R. S. (2004). Using a whole-class token economy and coaching of teacher skills in a preschool classroom to manage disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 41(3), 351-361. doi: 10.1002/pits.10168
- Fliers, E. A., Franke, B., Lambregts-Rommelse, N. N., Altink, M. E., Buschgens, C. J., Nijhuis-van der Sanden, M. W., ... & Buitelaar, J. K. (2009). Undertreatment of Motor Problems in Children with ADHD. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 85-90. doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00538.x
- Filipe, M. D. B. M. (2011). *Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett). Consultado em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1494/Final_%20Di...pdf?sequence=1
- Folke, S., & Rydell, A. (2010). ADHD symptoms, EF deficits, academic performance and social functioning in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(1), S5-S91. doi:10.1007/s00787-010-0117-5
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., & Rebelo, J. A. (1998a). A hiperatividade da criança vista pelos adultos: dados de um estudo exploratório. *Psychologica*, 19, 209-221.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., Rebelo, J. A., Borges, L., Fernandes, J. B., Oliveira, M. G., et al. (1998b). Hiperatividade na comunidade e hiperatividade em meio clínico: Semelhanças e diferenças. *Psychologica*, 19, 111-122.
- Ford-Jones, P. C. (2015). Misdiagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity. *Paediatrics & Child Health (1205-7088)*, 20(4), 200-202. Consultado em: <http://europepmc.org/articles/pmc4443828>

- Force, C. A. T. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Consultado em: http://www.ctserc.org/initiatives/teachandlearn/ADHD_report_5-2-05.pdf
- Fosco, W. D., Hawk Jr., L. W., Rosch, K. S., & Bubnik, M. G. (2015). Evaluating cognitive and motivational accounts of greater reinforcement effects among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioral & Brain Functions*, *11*(1), 1-9. doi:10.1186/s12993-015-0065
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, *40*(1), 49-65. doi:10.1177/00222194070400010401
- Fredriksen, M., Halmøy, A., Faraone, S. V., & Haavik, J. (2013). Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: a review of controlled and naturalistic studies. *European Neuropsychopharmacology*, *23*(6), 508-527. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.07.016
- Freedman, J. E. (2016). An analysis of the discourses on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in US special education textbooks, with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, *20*(1), 32-51. doi:10.1080/13603116.2015.1073375
- Freitag, C. M., Rohde, L. A., Lempp, T., & Romanos, M. (2010). Phenotypic and measurement influences on heritability estimates in childhood ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *19*(3), 311-323. doi: 10.1007/s00787-010-0097-5
- Friend, M., & Bursuck, W. D. (1996). *Including students with special needs. A practical guide for classroom teachers*. Boston: Allyn and Bacon.
- Frodl, T., & Skokauskas, N. (2012). Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(2), 114-126. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01786.x
- Gabriela, M. L., John, D. G., Magdalena, B. V., Ariadna, G. S., Francisco, D. L. P. O., Liz, S. M., ... & Carlos, C. F. (2009). Genetic interaction analysis for DRD4 and DAT1 genes in a group of Mexican ADHD patients. *Neuroscience Letters*, *451*(3), 257-260. doi:10.1016/j.neulet.2009.01.004
- Gadow, K. D., Drabick, D. A., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A., & Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *45*(6), 1135-1149. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00306.x

- García, E. G. (2009). Evolución de la Educación Especial: del modelo del déficit al modelo de la Escuela Inclusiva. In *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009* (p. 429-440). Universidad Pública de Navarra.
- García, I. M. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância* (J. A. Lima, Trad.). Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, Lda. (obra original publicada em 1999).
- Gardill, M., & DuPaul, G. J. (1996). Classroom strategies for managing students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Intervention in School & Clinic, 32*(2), 89-94. doi: 10.1177/105345129603200204
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(2), 103-111. doi:10.1023/A:1025775311259
- 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. doi:10.1016/j.pec.2005.09.002
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquirito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Ghuman, J. K., & Ghuman, H. S. (2013). Pharmacologic Intervention for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Preschoolers. *Pediatric Drugs, 15*(1), 1-8. doi: 10.1007/s40272-012-0001-5
- Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2010). Structural MRI of pediatric brain development: what have we learned and where are we going? *Neuron, 67*(5), 728-734. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.040
- Glass, C. S., & Weigar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of attention deficit hyperactivity disorder. *Education, 121*(2), 412-420. Consultado em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f504b888-5943-4ced-ad10-cee020c11c9a%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4212>
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., & ... Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(1), i80-i92. doi:10.1007/s00787-004-1008-4
- Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics, 126*(1), 51-90. doi:10.1007/s00439-009-0694-x

- Geirs, D. P., Pottegård, A., Halldórsson, M., & Zoega, H. (2014). A Nationwide Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Drug Use among Adults in Iceland 2003–2012. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, *115*(5), 417-422.
doi: 10.1111/bcpt.12243
- Goodyear, P., & Hynd, G. W. (1992). Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *21*(3), 273-305.
doi:10.1207/s15374424jccp2103_9
- Gonçalves, J., & Peixoto, M. A. (2015). Mediação e inclusão social: momentos no desenvolvimento do menino selvagem. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, *8*, 067-071. doi: 10.17979/reipe.2015.0.08.368
- Gonçalves, C. A. M. (2009). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Projeto de Intervenção* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Educação Especial, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. Consultado em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1370>
- González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T., & Alvarez-García, D. (2015). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, *15*(2), 105-112. doi:10.1016/j.ijchp.2014.10.003
- Graham, J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., ... & Hulpke-Wette, M. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(1), 17-37.
doi:10.1007/s00787-010-0140-6
- Graham, J., & Coghill, D. (2008). Adverse effects of pharmacotherapies for attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*, *22*(3), 213-237. doi:10.2165/00023210-200822030-00003
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F., & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(12), 1410-1417. doi:10.1097/00004583-200112000-00011
- Greenhill, L. L., Posner, K., Vaughan, B. S., & Kratochvil, C. J. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *17*(2), 347-366. doi: 10.1016/j.chc.2007.11.004.

- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., ... & Skrobala, A. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1284-1293. doi: 10.1097/01.chi.0000235077.32661.61
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1214-1224. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1214
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274. doi: 10.3102/01623737011003255
- Greven, C. U., Bralten, J., Mennes, M., O'Dwyer, L., van Hulzen, K. J., Rommelse, N., ... & Oosterlaan, J. (2015). Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 490-499. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3162
- Grizenko, N., Fortier, M., Zadorozny, C., Thakur, G., Schmitz, N., Duval, R., & Joobar, R. (2012). Maternal Stress during Pregnancy, ADHD Symptomatology in Children and Genotype: Gene-Environment Interaction. *Journal of The Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 9-15. Consultado em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1f861c0e-271e-453b-94e0-bcb61e616c44%40sessionmgr113&vid=1&hid=123>
- Groenewald, C., Emond, A., & Sayal, K. (2009). Recognition and referral of girls with attention deficit hyperactivity disorder: case vignette study. *Child: Care, Health and Development*, 35(6), 767-772. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00984.x
- Guerra Jr, F. R., & Brown, M. S. (2012). Teacher knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among middle school students in South Texas. *RMLE Online*, 36(3), 1-7. doi: 10.1080/19404476.2012.11462096
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210. Consultado em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2>
- Hall, A. S., & Gushee, A. G. (2000). Diagnosis and Treatment with Attention Deficit Hyperactive Youth: Mental Health Consultation with School Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 295-305. Consultado em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=27bff209-dff8-43f7-b8eb-d56e87e9632e%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4206>

- Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching* (Third Edition). Boston: Pearson & Allyn and Bacon.
- Halmøy, A., Klungsøyr, K., Skjærven, R., & Haavik, J. (2012). Pre- and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry, 71*(5), 474-481. doi:10.1016/j.biopsych.2011.11.013
- Handler, M. W., & DuPaul, G. J. (2005). Assessment of ADHD: Differences across psychology specialty areas. *Journal of Attention Disorders, 9*(2), 402-412. doi: 10.1177/1087054705278762
- Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 56*(4), 365-369. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.01024.x
- Harricharan, M., & Bhopal, K. (2014). Using blogs in qualitative educational research: an exploration of method. *International Journal of Research & Method in Education, 37*(3), 324-343. doi: 10.1080/1743727X.2014.885009
- Harris, K. R., Friedlander, B. D., Saddler, B., Frizzelle, R., & Graham, S. (2005). Self-monitoring of attention versus self-monitoring of academic performance effects among students with ADHD in the general education classroom. *The Journal of Special Education, 39*(3), 145-157. doi: 10.1177/00224669050390030201
- Harrison, J. R., Bunford, N., Evans, S. W., & Owens, J. S. (2013). Educational Accommodations for Students With Behavioral Challenges: A Systematic Review of the Literature. *Review of Educational Research, 83*(4), 551-597. doi:10.3102/0034654313497517
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood, 90*(1), i2-i7. doi:10.1136/adc.2004.059006
- Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry, 70*(2), 185-198. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.277
- Havey, J. M. (2007). A comparison of Dutch and US teachers' perceptions of the incidence and management of ADHD. *School Psychology International, 28*(1), 46-52.

doi: 10.1177/0143034307075679

- Havey, J. M., Olson, J. M., McCormick, C., & Cates, G. L. (2005). Teachers' perceptions of the incidence and management of attention-deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*, *12*(2), 120-127. doi: 10.1207/s15324826an1202_7
- Hawi, Z., Cummins, T. R., Tong, J., Johnson, B., Lau, R., Samarra, W., & Bellgrove, M. A. (2015). The molecular genetic architecture of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *20*(3), 289-297. doi:10.1038/mp.2014.183
- Heward, W. L. (2010). Ensino e Aprendizagem: Dez Noções Enganadoras Limitativas da Eficácia da Educação Especial. In L. M. Correia (Ed.), *Educação Especial e Inclusão: Quem Disser que Uma Sobrevive Sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo* (2.^a ed.) (I. M. P. H. Soares, Trad.) (109-153). Porto: Porto Editora. (obra original publicada em 2003).
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Hill, V., & Turner, H. (2016). Educational psychologists' perspectives on the medicalisation of childhood behaviour: a focus on Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). *Educational & Child Psychology*, *33*(2), 12-29. Consultado em: https://www.researchgate.net/publication/304900842_Educational_psychologists%27_perspectives_on_the_medicalisation_of_childhood_behaviour_A_focus_on_Attention_Deficit_Hyperactive_Disorder_ADHD
- Hodgens, J. B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-Based Differences Among Boys With ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(3), 443-452. doi:10.1207/S15374424JCCP2903_15
- Hofvander, B., Ståhlberg, O., Nydén, A., Wentz, E., Degl'Innocenti, A., Billstedt, E., ... & Anckarsäter, H. (2011). Life History of Aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness in adult psychiatric patients. *Psychiatry Research*, *185*(1), 280-285. doi:10.1016/j.psychres.2010.05.008
- Hofsäss, T., Leitão, L., & Medeiros, C. (2009). *Avaliação da Educação Inclusiva nos Açores*. Ponta Delgada: Direção Regional da Educação e Formação, do Governo Regional dos Açores.
- Holtmann, M., Sonuga-Barke, E., Cortese, S., & Brandeis, D. (2014). Neurofeedback for ADHD: a review of current evidence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *23*(4), 789-806. doi:10.1016/j.chc.2014.05.006

- Holz, T., & Lessing, A. (2002). Reflections on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in an inclusive education system: research paper. *Perspectives in Education*, 20(3), 103-110. Consultado em:
http://reference.sabinet.co.za/sa_epublication_article/persed_v20_n3_a9
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 655-663. doi:10.1093/jpepsy/jsm024
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., ... & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411. doi:10.1037/0022-006X.73.3.411
- Hughes, L. (2007). The reality of living with AD/HD: children's concern about educational and medical support. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(1), 69-80.
 doi: 10.1080/13632750601135915
- Humphreys, K. L., Katz, S. J., Lee, S. S., Hammen, C., Brennan, P. A., & Najman, J. M. (2013). The Association of ADHD and Depression: Mediation by Peer Problems and Parent-Child Difficulties in Two Complementary Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 854-867. doi:10.1037/a0033895
- Humphreys, K., & Lee, S. (2011). Risk Taking and Sensitivity to Punishment in Children with ADHD, ODD, ADHD+ODD, and Controls. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 33(3), 299-307. doi:10.1007/s10862-011-9237-6
- Huss, M., Chen, W., & Ludolph, A. G. (2016). Guanfacine Extended Release: A New Pharmacological Treatment Option in Europe. *Clinical Drug Investigation*, 36(1), 1-25.
 doi: 10.1007/s40261-015-0336-0.
- Ibukun, A. I., Oluyemi, O., Abidemi, B., Suraj, A., & Ola, F. (2015). Literacy about Attention-deficit/Hyperactivity Disorder among primary school teachers in Lagos, Nigeria. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 8(8), 684-691.
 doi: 10.9734/BJMMR/2015/18089
- Jaekel, J., Wolke, D., & Bartmann, P. (2013). Poor attention rather than hyperactivity/impulsivity predicts academic achievement in very preterm and full-term adolescents. *Psychological Medicine*, 43(1), 183-196. doi:10.1017/S0033291712001031
- Jarrett, M. A., Wolff, J. C., Davis, T. E., Cowart, M. J., & Ollendick, T. H. (2012). Characteristics of children with ADHD and comorbid anxiety. *Journal of Attention Disorders*, XX(X), 1-9. doi:10.1177/1087054712452914

- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1266-1280. doi:10.1016/j.cpr.2008.05.004
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C. J., & 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. Consultado em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=34af093e-5f2c-4750-b98c-b5ac7a134cf2%40sessionmgr113&vid=11&hid=123>
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 39(9), 563-567. Consultado em:
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-25663-001>
- Jiménez, R. B. (1997). Educação especial e a reforma educativa. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades educativas especiais* (1.ª edição, p. 21-35). (A. Escoval, Trad.). Lisboa: Coleção Saber Mais, Dinalivro. (obra original publicada em 1993).
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434
- Júlio, A. R. P.. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra). Consultado em:
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12136/1/Tese%20Ana%20Rita.pdf>
- Junod, R. E. V., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, 44(2), 87-104. doi:10.1016/j.jsp.2005.12.004
- Kaplan, A., & Adesman, A. (2011). Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Current Opinion in Pediatrics*, 23(6), 684-692. doi: 10.1097/MOP.0b013e32834cbbba
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., & Wilson, B. N. (2001). The Term Comorbidity Is of Questionable Value in Reference to Developmental Disorders Data and Theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34(6), 555-565. Consultado em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=97832498-72d3-407a-92ba-b127be68d4ed%40sessionmgr112&vid=1&hid=118>

- Kavale, K. A. (2002). Mainstreaming to Full Inclusion: from orthogenesis to pathogenesis of an idea. *International Journal of Disability, Development & Education*, 49(2), 201-214. doi:10.1080/103491220141776
- Kent, K., Pelham, W., Molina, B., Sibley, M., Waschbusch, D., Yu, J., & ... Karch, K. (2011). The Academic Experience of Male High School Students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 451-462. doi:10.1007/s10802-010-9472-4
- Kern, A., Amod, Z., Seabi, J., & Vorster, A. (2015). South African Foundation Phase Teachers' Perceptions of ADHD at Private and Public Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), 3042-3059. doi:10.3390/ijerph120303042
- Ketzer, C. R., Gallois, C., Martinez, A. L., Ronde, L. A., & Schmitz, M. (2012). Is there an association between perinatal complications and attention-deficit/hyperactivity disorder-inattentive type in children and adolescents?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 321-328. doi:10.1016/j.rbp.2012.01.001
- Khademi, M., Rajezi-fahani, S., Noorbakhsh, S., Panaghi, L., Davari-Ashtiani, R., Razjouyan, K., & Salamatbakhsh, N. (2016). Knowledge and Attitude of Primary School Teachers in Tehran/Iran towards ADHD and SLD. *Global Journal of Health Science*, 8(12), 141-151. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n12p141>
- Kieling, R. R., Kieling, C., Aguiar, A. P., Costa, A. C., Dorneles, B. V., & Rohde, L. A. (2014). Searching for the best approach to assess teachers' perception of inattention and hyperactivity problems at school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 451-459. doi:10.1007/s00787-013-0466-y
- Klenberg, L., Hokkanen, L., Lahti-Nuutila, P., & Närhi, V. (2016). Teacher Ratings of Executive Function Difficulties in Finnish Children with Combined and Predominantly Inattentive Symptoms of ADHD. *Applied Neuropsychology: Child*, 1-10. doi: 10.1080/21622965.2016.1177531
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P. J., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K., ... & Westerberg, H. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD-a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 177-186. doi:10.1097/00004583-200502000-00010

- Kim, Y., & Chang, H. (2011). Correlation between attention deficit hyperactivity disorder and sugar consumption, quality of diet, and dietary behavior in school children. *Nutrition Research and Practice*, 5(3), 236-245. doi: 10.4162/nrp.2011.5.3.236
- Knopik, V. S., Heath, A. C., Jacob, T., Slutske, W. S., Bucholz, K. K., Madden, P. A., ... & Martin, N. G. (2006). Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD: disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. *Psychological Medicine*, 36(10), 1461-1472. doi: 10.1017/S0033291706007884
- Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 497-509. doi:10.1016/j.psc.2010.04.001
- Kofler, M. J., Raiker, J. S., Sarver, D. E., Wells, E. L., & Soto, E. F. (2016). Is hyperactivity ubiquitous in ADHD or dependent on environmental demands? Evidence from meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 12-24. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.004
- Koro-Ljungberg, M., Bussing, R., Wilder, J., & Gary, F. (2011). Role of Communication in the Context of Educating Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Parents' and Teachers' Perspectives. *Journal of School Public Relations*, 32(1), 41-75. Consultado em: <http://eric.ed.gov/?id=EJ921042>
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160. doi: 10.1080/10349120600716125
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson, M. S. (2004). Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, 41(5), 517-526. doi: 10.1002/pits.10178
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621. doi:10.1080/01621459.1952.10483441
- Kuhne, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1715-1725. doi:10.1097/00004583-199712000-00020
- Kuntsi, J., & Klein, C. (2012). Intraindividual variability in ADHD and its implications for research of causal links. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 9, 67-91. doi: 10.1007/7854_2011_145.

- Kypriotaki, M., & Manolitsis, G. (2010) Teachers' evaluations for the detection of primary school children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education*, 25(3), 269-281. doi: 10.1080/08856257.2010.492940
- Lahey, B. B., Lee, S. S., Sibley, M. H., Applegate, B., Molina, B. S., & Pelham, W. E. (2016). Predictors of adolescent outcomes among 4–6-year-old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 168-181. doi: 10.1037/abn0000086
- Lahey, B. B., & Willcutt, E. G. (2010). Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder for DSM–V. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 761-775. doi:10.1080/15374416.2010.517173
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S. S., ... & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2014-2020. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.2014
- Lahey, B. B., Schaugency, E. A., Hynd, G. W., Carlson, C. L., & Nieves, N. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 718-723. doi:10.1097/00004583-198709000-00017
- Lage, M. C. (2011). Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. *ETD: Educação Temática Digital*, 12(2), 42-58. Consultado em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3800605>
- Lajonquière, L. (1992). O legado pedagógico de Jean Itard (a pedagogia: ciência ou arte?). *Educação e Filosofia*, 6(12), 37-51. Consultado em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/1134/0>
- Landhuis, C. E., Poulton, R., Welch, D., & Hancox, R. J. (2007). Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from a prospective longitudinal study. *Pediatrics*, 120(3), 532-537. doi:10.1542/peds.2007-0978
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Girio-Herrera, E., Becker, S. P., Vaughn, A. J., & Altaye, M. (2011). Materials organization, planning, and homework completion in middle-school students with ADHD: Impact on academic performance. *School Mental Health*, 3(2), 93-101. doi: 10.1007/s12310-011-9052-y

- Langberg, J. M., Vaughn, A. J., Brinkman, W. B., Froehlich, T., & Epstein, J. N. (2010). Clinical utility of the Vanderbilt ADHD Rating Scale for ruling out comorbid learning disorders. *Pediatrics*, *126*(5), e1033-e1038. doi:10.1542/peds.2010-1267
- Langberg, J. M., & Becker, S. P. (2012). Does long-term medication use improve the academic outcomes of youth with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*(3), 215-233. doi: 10.1007/s10567-012-0117-8.
- Langley, K., Holmans, P. A., van den Bree, M. B., & Thapar, A. (2007). Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry*, *7*(1), 1-8. doi: 10.1186/1471-244X-7-26
- Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*, *44*(10), 2223-2229. doi: 10.1017/S0033291713002493
- Larsson, H., Sariaslan, A., Långström, N., D'Onofrio, B., & Lichtenstein, P. (2014). Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(5), 428-435. doi: 10.1111/jcpp.12140
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *Pediatrics*, *127*(3), 462-470. doi:10.1542/peds.2010-0165
- Lee, P. C., Niew, W. I., Yang, H. J., Chen, V. C. H., & Lin, K. C. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(6), 2040-2049. doi:10.1016/j.ridd.2012.05.011
- Lei nº 46/2006 de 28 de agosto. *Diário da República nº 165 – 1.ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Lei nº 38/2004 de 18 de agosto. *Diário da República nº 194 – 1.ª Série-A*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Lei nº 9/89 de 2 de maio (Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência). *Diário da República nº 100 – 1.ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

- Lei nº 46/86 de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo). *Diário da República* nº 217 – 1ª Série. Ministério da Educação. Lisboa.
- Leitão, M. L. H. (2007). *Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais, atitudes dos Educadores de Infância e dos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico da Região Autónoma dos Açores*. (Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Necessidades Educativas Especiais, Universidade dos Açores).
- Leitão, F. R. (1984). Tendências atuais em matéria de Integração Escolar. In D. Rodrigues (Eds.), *Deficiência e Motricidade Terapêutica* (p. 52-62). Lisboa: ISEF/CDI.
- Leslie, L. K., Weckerly, J., Plemmons, D., Landsverk, J., & Eastman, S. (2004). Implementing the American Academy of Pediatrics attention-deficit/hyperactivity disorder diagnostic guidelines in primary care settings. *Pediatrics*, *114*(1), 129-140. doi:10.1542/peds.114.1.129
- Lienemann, T. O., & Reid, R. (2008). Using self-regulated strategy development to improve expository writing with students with attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, *74*(4), 471-486. doi: 10.1177/001440290807400404
- Lien, M. T., Carlson, J. S., Hunter-Oehmke, S., & Knapp, K. A. (2007). A pilot investigation of teachers' perceptions of psychotropic drug use in schools. *Journal of Attention Disorders*, *11*(2), 172-177. doi: 10.1177/1087054707300992
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007) Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(6), 643-654. doi: 10.1093/jpepsy/jsl054
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, M. (1997). *A educação especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM.
- Lourenço, M. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.5/1443>
- Ludlow, A., Garrod, A., Lawrence, K., & Gutierrez, R. (2014). Emotion Recognition From Dynamic Emotional Displays in Children With ADHD. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *33*(5), 413-427. doi:10.1521/jscp.2014.33.5.413
- Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: a review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, *25*(2), 183-213. doi:10.1016/j.cpr.2004.11.001

- Luman, M., van Meel, C. S., Oosterlaan, J., & Geurts, H. M. (2012). Reward and punishment sensitivity in children with ADHD: validating the sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire for children (SPSRQ-C). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 145-157. doi: 10.1007/s10802-011-9547-x
- Luman, M., Tripp, G., & Scheres, A. (2010). Identifying the neurobiology of altered reinforcement sensitivity in ADHD: a review and research agenda. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 744-754. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.11.021
- Luz, P., Santos, C., Neves, G., Medeiros, M., Tavares, S., & Ramos, T. (2008). *Roteiro para a educação especial e apoio educativo*. Região Autónoma dos Açores: Secretaria Regional da Educação e Ciência.
- Madureira, I. P. (2005). Avaliação pedagógica: processos de identificação de necessidades educativas especiais. In I. Sim-Sim (Eds.), *Necessidades educativas especiais: Dificuldade da criança ou da escola?* (p. 29-46). Lisboa: Texto Editores.
- Mahar, P., & Chalmers, L. (2007). Teachers' Perceptions of Students Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *National Forum of Special Education Journal*, 20(3), 1-8. Consultado em:
<http://www.nationalforum.com/Electronic%20Journal%20Volumes/Mahar,%20Patricia%20Teachers%20Perceptions%20of%20Students%20Diagnosed%20with%20ADHD.pdf>
- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton III, J. L. (2003). Does stimulant treatment place children at risk for adult substance abuse? A controlled, prospective follow-up study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(3), 273-282.
doi: 10.1089/104454603322572606
- Marshall, S., Evans, S., Eiraldi, R., Becker, S., & Power, T. (2014). Social and Academic Impairment in Youth with ADHD, Predominately Inattentive Type and Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 77-90.
doi:10.1007/s10802-013-9758-4
- Marchesi, A. & Martín, E. (1995). Da terminologia do distúrbio às necessidades educativas especiais. In C. Palacios & A. Marchesi (Eds.), *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar* (p. 7-23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcondes, G. S. (2013). Desafios metodológicos da incorporação de ferramentas computacionais para análises qualitativas. *Idéias*, 1, 72-85. Consultado em:
<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/viewFile/1623/1106>

- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6.^a Edição). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
doi:10.14417/lp.763
- Martinussen, R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' Reported Use of Instructional and Behavior Management Practices for Students with Behavior Problems: Relationship to Role and Level of Training in ADHD. *Child & Youth Care Forum*, 40(3), 193-210.
doi:10.1007/s10566-010-9130-6
- Martin, E. W., Martin, R., & Terman, D. L. (1996). The legislative and litigation history of special education. *The Future of Children*, 6(1), 25-39. doi: 10.2307/1602492
- Massetti, G. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S. S., & Kipp, H. (2008). Academic Achievement Over 8 Years Among Children Who Met Modified Criteria for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder at 4–6 Years of Age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 399-410. doi:10.1007/s10802-007-9186-4
- Matte, B., Anselmi, L., Salum, G. A., Kieling, C., Gonçalves, H., Menezes, A., ... & Rohde, L. A. (2015). ADHD in DSM-5: a field trial in a large, representative sample of 18-to 19-year-old adults. *Psychological Medicine*, 45(02), 361-373.
doi: 10.1017/S0033291714001470
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(1), 16-22. doi: 10.1097/00004703-200202000-00004
- Matos, T. M. A. (2013). *Identificação dos comportamentos de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Perceção dos Professores*. (Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, da Universidade Católica Portuguesa). Consultado em:
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13581/1/Tese%20Final%20Teresa%20Matos%20Viseu%20%282%29.pdf>
- Mautone, J. A., DuPaul, G. J., & Jitendra, A. K. (2005). The effects of computer-assisted instruction on the mathematics performance and classroom behavior of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(1), 301-312.
doi: 10.1177/1087054705278832

- McCarthy, S., Cranswick, N., Potts, L., Taylor, E., & Wong, I. C. (2009). Mortality associated with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) drug treatment. *Drug Safety*, 32(11), 1089-1096. doi: 10.2165/11317630-000000000-00000
- McCann, B. S., & Roy-Byrne, P. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities in adults. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 191-197. doi: 10.1053/scnp.2000.6730
- McGoey, K. E., & DuPaul, G. J. (2000). Token reinforcement and response cost procedures: Reducing the disruptive behavior of preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 15(3), 330-343. Consultado em: <http://search.proquest.com/openview/7ad799d9e33015529d88d0a3a0b2d808/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=31230>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer-Revista de Educação*, 2(2), 49-65. Consultado em: <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/61/41>
- Mesquita, M. H. F. D. P. (2001). *Educação especial em Portugal no último quarto do século XX* (Tese de Doutoramento, Universidade de Salamanca). Consultado em: <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1506>
- Metcalf, L. A., Harvey, E. A., & Laws, H. B. (2013). The longitudinal relation between academic/cognitive skills and externalizing behavior problems in preschool children. *Journal of Educational Psychology*, 105(3), 881-894. doi: 10.1037/a0032624
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385. doi:10.1097/00004583-200204000-00009
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(1), 16-22. doi: 10.1097/00004703-200202000-00004
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children?. *The American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1138. Consultado em: <http://search.proquest.com/openview/86d3e310b29262b9432f590d864a2e8d/1?pq-origsite=gscholar>

- Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463-488. doi:10.1093/clipsy.8.4.463
- Miranda, A. A. B. (2004). História, deficiência e educação especial. *Revista HISTEDBR Online*, 15, 1-7. Consultado em:
http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/revis/revis15/art1_15.pdf
- Miranda, A., Presentación, M. J., Siegenthaler, R., & Jara, P. (2011). Effects of a Psychosocial Intervention on the Executive Functioning in Children With ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 46(4), 363-376.
 doi:10.1177/0022219411427349
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter?. *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872. doi:10.1177/0009922808319963
- Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S., & Keane, S. (2010). Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: The connecting link of home chaos. *Parenting: Science and Practice*, 10(2), 119-135. doi: 10.1080/15295190903212844
- Moldavsky, M., Pass, S., & Sayal, K. (2014). Primary school teachers' attitudes about children with attention deficit/hyperactivity disorder and the role of pharmacological treatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(2), 202-216.
 doi:10.1177/1359104513485083
- Moldavsky, M., Groenewald, C., Owen, V., & Sayal, K. (2013). Teachers' recognition of children with ADHD: Role of subtype and gender. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 18-23. doi: 10.1111/j.1475-3588.2012.00653.x
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., ... & Elliott, G. R. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500. doi:10.1097/CHI.0b013e31819c23d0
- Monteiro, A. S. N. (2011). *Hiperatividade e Estratégias de Intervenção: aplicação de estratégias de intervenção por docentes do 1.º CEB* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal. Consultado em:
<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1651/Alexandra%20Monteiro%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf?sequence=1>
- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(2), 75-104. Consultado em:
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v20n2/v20n2a04.pdf>

- Moore, D. A., Richardson, M., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Stein, K., Rogers, M., ... & Ford, T. J. (2015). Non-Pharmacological Interventions for ADHD in School Settings An Overarching Synthesis of Systematic Reviews. *Journal of Attention Disorders*, 1087054715573994, 1-14. doi:10.1177/1087054715573994
- Morgan, P. L. (2006). Increasing Task Engagement Using Preference or Choice-Making: Some Behavioral and Methodological Factors Affecting Their Efficacy as Classroom Interventions. *Remedial & Special Education*, 27(3), 176-187.
doi: 10.1177/07419325060270030601
- Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M., & Thingvad, H. (2015). What Do Primary and Secondary School Teachers Know About ADHD in Children? Findings From a Systematic Review and a Representative, Nationwide Sample of Danish Teachers. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054715599206
- Moura, O., Pereira, M., Alfaiate, C., Fernandes, E., Fernandes, B., Nogueira, S., ... & Simões, M. R. (2016). Neurocognitive functioning in children with developmental dyslexia and attention-deficit/hyperactivity disorder: Multiple deficits and diagnostic accuracy. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1-17. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1080/13803395.2016.1225007>
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Mulligan, S. (2001). Classroom strategies used by teachers of students with attention deficit hyperactivity disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(4), 25-44.
doi: 10.1080/J006v20n04_03
- Mulholland, S. M., Cumming, T. M., & Jung, J. Y. (2015). Teacher attitudes towards students who exhibit ADHD-type behaviours. *Australasian Journal of Special Education*, 39(01), 15-36. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1017/jse.2014.18>
- Murray, D. W., Molina, B. S., Glew, K., Houck, P., Greiner, A., Fong, D., ... & Abikoff, H. B. (2014). Prevalence and characteristics of school services for high school students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Mental Health*, 6(4), 264-278.
doi: 10.1007/s12310-014-9128-6
- Murray, D. W., Childress, A., Giblin, J., Williamson, D., Armstrong, R., & Starr, H. L. (2011). Effects of OROS methylphenidate on academic, behavioral, and cognitive tasks in children 9 to 12 years of age with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, 50(4), 308-320. doi: 10.1177/0009922810394832

- Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 147-157.
doi:10.1097/00005053-200203000-00003
- Neale, B. M., Medland, S. E., Ripke, S., Asherson, P., Franke, B., Lesch, K. P., ... & Daly, M. (2010). Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(9), 884-897. doi: 10.1016/j.jaac.2010.06.008
- Neto, A. S. e equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas (2014). *Hiperatividade e défice de atenção*. Abrantes, Lisboa: Verso da Kapa.
- Nigg, J. T., Lewis, K., Edinger, T., & Falk, M. (2012). Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 86-97. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.015
- Nigg, J. T., Nikolas, M., Knottnerus, G., Cavanagh, K., & Friderici, K. (2010). Confirmation and extension of association of blood lead with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and ADHD symptom domains at population-typical exposure levels. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 58-65.
doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02135.x
- Nigg, J., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L., & Zucker, R. A. (2007). Genotype and neuropsychological response inhibition as resilience promoters for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder under conditions of psychosocial adversity. *Development and Psychopathology*, 19(03), 767-786. doi: 10.1017/S0954579407000387
- Nigg, J. T., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., & Rappley, M. D. (2002). Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 59-66.
doi:10.1097/00004583-200201000-00012
- Nilholm, C. (2007). Special education, inclusion and democracy. *European Journal of Special Needs Education*, 21(4), 431- 445. doi:10.1080/08856250600957905
- Nirje, B. (1994). The Normalization Principle and Its Human Management Implications. *SRV-VRS: The International Social Role Valorization Journal*, 1(2), 19-23. Consultado em: http://canonsociaalwerk.eu/2008_inclusie/The%20Normalization%20Principle%20and%20Its%20Human%20Management%20Implications.pdf

- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Pereira, R. R., & Lorenzo, M. J. (2006). Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe—ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(1), i15-i24.
doi: 10.1007/s00787-006-1003-z
- Nur, N., & Kavakc, O. (2010). Elementary school teachers' knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder. *HealthMED, 4*(2), 350-355. Consultado em: https://www.researchgate.net/profile/Gamal_Elhassan/publication/267333052_Preparation_and_in-vitro_evaluation_of_different_controlled_release_polymeric_matrices_containing_Ketoprofen/links/544c0c430cf24b5d6c4092af.pdf#page=80
- Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and Female Specific Concerns: A Review of the Literature and Clinical Implications. *Journal of Attention Disorders, 16*(2), 87-100.
doi: 10.1177/1087054711416909
- Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health and Development, 39*(5), 617-627.
doi: 10.1111/cch.12039
- Obel, C., Olsen, J., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., Järvelin, M. R., Moilanen, I., ... & Heiervang, E. (2011). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for hyperkinetic disorder? Findings from a sibling design. *International Journal of Epidemiology, 40*(2), 338-345. doi: 10.1093/ije/dyq185
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions?. *School Psychology Quarterly, 23*(3), 436-449.
doi: 10.1037/1045-3830.23.3.436
- Oliveira, D. C. D. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ, 16*(4), 569-576. Consultado em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: o que Há de Novo no DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia, 49*(2), 75-94. Consultado em: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4
- OMS (2001). Classificação Internacional da funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: OMS. Trad. util.: (2007). *Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde – Versão para Crianças e Jovens*. Porto: Centro de Psicologia do

Desenvolvimento e Educação da Criança, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

- Oner, O., Oner, P., Cop, E., & Munir, K. M. (2012). Characteristics of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder combined and predominantly inattentive subtypes in a Turkish clinical sample. *Child Psychiatry & Human Development, 43*(4), 523-532. doi:10.1007/s10578-012-0281-6
- Ota, K. R., & DuPaul, G. J. (2002). Task engagement and mathematics performance in children with attention-deficit hyperactivity disorder: Effects of supplemental computer instruction. *School Psychology Quarterly, 17*(3), 242-257. Consultado em: <http://search.proquest.com/openview/a83a9eb8c23215dd5085ccd99b23160b/1?pq-origsite=gscholar>
- Owens, E. B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P., ... & Hoza, B. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 540-552. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.540
- Palacios-Cruz, L., de la Peña Olvera, F., Figueroa, G. V., Caballero, A. A., de la Rosa Muñoz, L., Pedroza, A. V., ... & Flores, R. E. U. (2013). Knowledge and beliefs about attention deficit hyperactivity disorder in teachers from three latin-american countries. *Salud Mental, 36*, 257-262. Consultado em: http://www.saludmental.edilaser.net/en/pdf/3604/SM_36.04.03_EN_p257-262.pdf
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*(1), 51-87. doi: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x
- Pereira, L. M. (1984). Evolução histórica da Educação Especial. In D. Rodrigues (Eds.), *Deficiência e Motricidade Terapêutica* (p. 37-51). ISEF/ CDI.
- Pereira, F., & Micaelo, M. (2013). Criar Pontes para a Inclusão. *Sensos 6, Vol. III*(2), 15-18.
- Pereira, T. M. A., & Galuch, M. T. B. (2012). O garoto selvagem: a importância das relações sociais e da educação no processo de desenvolvimento humano. *Perspetiva, 30*(2), 553-571. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.5007/2175-795X.2012v30n2p553>
- Pereira, M., & Simões, M. R. (2005). A avaliação da inteligência nas dificuldades de aprendizagem: investigação com a WISC-III. *Psicologia, Educação e Cultura, IX*(2), 307-335. Consultado em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5261/1/2005_PEC_2.pdf#page=81

- Pereira, M., Fonseca, A. C., Boavida, J., Simões, M. R., Oliveira, G., Rebelo, J. A., Nogueira, S., Porfírio, H. & Borges, L. (1998). Dificuldades de aprendizagem (LD) e Hiperatividade (ADHD): estudo comparativo. *Psychologica*, 19, 141-163.
- Perold, H., Louw, C., & Kleynhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30(3), 457-473. Consultado em: <http://www.ajol.info/index.php/saje/article/view/60041/48299>
- Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2014). Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 731-746. doi: 10.1016/j.chc.2014.05.014
- Pfiffner, L. J., Barkley, R. A., & DuPaul, G. J. (2008). Tratamento do TDAH em ambientes escolares. In R. A. Barkley et al. (Eds.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (3.^a ed., p.561). (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2006).
- Pingault, J. B., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Carbonneau, R., Genolini, C., Falissard, B., & Côté, S. M. (2011). Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year longitudinal population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1164-1170. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10121732
- Pinto, R., Asherson, P., Iliot, N., Cheung, C. H., & Kuntsi, J. (2016). Testing for the mediating role of endophenotypes using molecular genetic data in a twin study of ADHD traits. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. doi: 10.1002/ajmg.b.32463
- Pinto, O. F. O. M. (2013). *As percepções dos professores do Ensino Básico face à criança e jovem com hiperatividade e défice de atenção*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus). Consultado em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4181/1/As%20percecoesdosprofessoresdoEnsinoB%C3%A1sicofaceacriancaejovemcomhiperatividadeedeficedeaten%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Plattner, B., Aglan, A. Z., Juen, B., & Conca, A. (2013). Teachers and attention deficit and/or hyperactivity disorder: a pilot study on the situation of teachers in Tyrol. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 27(2), 74-78.

doi: 10.1007/s40211-013-0063-9

- Plichta, M. M., & Scheres, A. (2014). Ventral–striatal responsiveness during reward anticipation in ADHD and its relation to trait impulsivity in the healthy population: A meta-analytic review of the fMRI literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38, 125-134. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.07.012
- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 525-40.
Consultado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944655>
- Pliszka, S., & AACAP Work Group 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 & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi: 10.1097/chi.0b013e318054e724
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442.
doi: 10.1093/ije/dyt261
- Portaria n.º 75/2014 de 18 de novembro. *Diário da República n.º 127 – 1.ª Série*. Secretaria Regional da Educação e Cultura. Região Autónoma dos Açores.
- Portaria n.º 60/2013 de 1 de agosto. *Diário da República n.º 88 – 1.ª Série*. Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura. Região Autónoma dos Açores.
- Portaria n.º 60/2012 de 29 de maio. *Diário da República n.º 84 – 1.ª Série*. Secretaria Regional da Educação e Formação. Região Autónoma dos Açores.
- Portaria n.º 64/2011 de 22 de julho. *Diário da República n.º 109 – 1.ª Série*. Secretaria Regional da Educação e Formação. Região Autónoma dos Açores.
- Portaria n.º 71/2008 de 18 de agosto. *Diário da República n.º 154 – 1.ª Série*. Secretaria Regional da Educação e Ciência. Região Autónoma dos Açores.
- Porter, G. (1998). Organização das escolas: conseguir o acesso e a qualidade através da inclusão. In M. Ainscow (Coord), *Caminhos para as escolas inclusivas* (33-46). Lisboa: IIE.

- Power, T. J., Blum, N. J., Guevara, J. P., Jones, H. A., & Leslie, L. K. (2013). Coordinating mental health care across primary care and schools: ADHD as a case example. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(1), 68-80.
doi:10.1080/1754730X.2013.749089
- Power, T. J., Hughes, C. L., Helwig, J. R., Nissley-Tsiopinis, J., Mautone, J. A., & Lavin, H. J. (2010). Getting to first base: Promoting engagement in family–school intervention for children with ADHD in urban, primary care practice. *School Mental Health*, 2(2), 52-61. doi:10.1007/s12310-010-9029-2
- Power, T. J., Costigan, T. E., Eiraldi, R. B., & Leff, S. S. (2004). Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: do subtype differences exist or not?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(1), 27-37.
doi: 10.1023/B:JACP.0000007578.30863.93
- Prevatt, F., & Young, J. L. (2014). Recognizing and Treating Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in College Students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28(3), 182-200. doi:10.1080/87568225.2014.914825
- Proal, E., Reiss, P. T., Klein, R. G., Mannuzza, S., Gotimer, K., Ramos-Olazagasti, M. A., ... & Milham, M. P. (2011). Brain gray matter deficits at 33-year follow-up in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder established in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1122-1134. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.117
- Ptacek, R., Kuzelova, H., & Stefano, G. B. (2011). Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders. *Medical Science Monitor*, 17(9), 215-220.
doi: 10.12659/MSM.881925
- Purpura, D. J., Wilson, S. B., & Lonigan, C. J. (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Preschool Children: Examining Psychometric Properties Using Item Response Theory. *Psychological Assessment*, 22(3), 546-558.
doi:10.1037/a0019581
- Qiu, M. G., Ye, Z., Li, Q. Y., Liu, G. J., Xie, B., & Wang, J. (2011). Changes of brain structure and function in ADHD children. *Brain Topography*, 24(3-4), 243-252.
doi: 10.1007/s10548-010-0168-4
- Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-Specific issues. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 579-587. doi:10.1002/jclp.20121
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16(3), 13r01596. doi: 10.4088/PCC.13r01596

- Quivy, R. L. V. C. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raggi, V. L., & Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(2), 85-111. doi: 10.1007/s10567-006-0006-0
- Rajendran, K., O'Neill, S., Marks, D. J., & Halperin, J. M. (2015). Latent profile analysis of neuropsychological measures to determine preschoolers' risk for ADHD. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 56(9), 958-965. doi:10.1111/jcpp.12434
- Ramilo, M. C., & Freitas, T. (2001). Transcrição ortográfica de textos orais: problemas e perspectivas. *Língua Portuguesa: estruturas, usos e contrastes*. Volume comemorativo dos 25 anos. Consultado em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/7173.pdf>
- Ramilo, M. C., & Freitas, T. (2002). A linguística e a linguagem dos media em Portugal: descrição do projeto REDIP. In comunicação apresentada no XIII Congresso Internacional da ALFAL, San José, Costa Rica, in www. iltec. pt. Consultado em: <http://www.iltec.pt/pdf/wpapers/2002-redip-redip.pdf>
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228. doi:10.1016/j.jaac.2009.11.011
- Reid, R., & Lienemann, T. O. (2006). Self-regulated strategy development for written expression with students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 73(1), 53-68. doi: 10.1177/001440290607300103
- Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-Regulation Interventions for Children with Attention Deficit/hyperactivity Disorder. *Exceptional Children*, 71(4), 361-377. Consultado em: <http://search.proquest.com/openview/40a6bb05de5bee7d22134091fd7a772b/1?pq-origsite=gscholar>
- Reitman, D., Murphy, M. A., Hupp, S. D., & O'Callaghan, P. M. (2004). Behavior change and perceptions of change: Evaluating the effectiveness of a token economy. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(2), 17-36. doi: 10.1300/J019v26n02_02
- Reitman, D., Hupp, S. D., O'Callaghan, P. M., Gulley, V., & Northup, J. (2001). The influence of a token economy and methylphenidate on attentive and disruptive behavior during sports with ADHD-diagnosed children. *Behavior Modification*, 25(2), 305-323.

doi: 10.1177/0145445501252007

- Rennie, B., Beebe-Frankenberger, M., & Swanson, H. L. (2014). A longitudinal study of neuropsychological functioning and academic achievement in children with and without signs of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *36*(6), 621-635. doi:10.1080/13803395.2014.921284
- Renoux, C., Shin, J., Dell'Aniello, S., Fergusson, E., & Suissa, S. (2016). Prescribing trends of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in UK primary care, 1995-2015. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *82*(3), 858-868. doi:10.1111/bcp.13000
- Riccio, C. A., Homack, S., Jarratt, K. P., & Wolfe, M. E. (2006). Differences in academic and executive function domains among children with ADHD predominantly inattentive and combined types. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*(7), 657-667. doi:10.1016/j.acn.2006.05.010
- Richardson, M., Moore, D. A., & Gwernan-Jones, R. (2015). Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technol Assess*, *19*(45), 1-470. doi: 10.3310/hta19450
- Riley, C., DuPaul, G. J., Pipan, M., Kern, L., Van Brakle, J., & Blum, N. J. (2008). Combined type versus ADHD predominantly hyperactive-impulsive type: is there a difference in functional impairment?. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *29*(4), 270-275. doi: 10.1097/DBP.0b013e31816b6afe
- Rix, J., Sheehy, K., Fletcher-Campbell, F., Crisp, M., & Harper, A. (2013). Continuum of education provision for children with special educational needs: *Review of international policies and practices*. National Council for Special Education, *1*(13), 1-214. Consultado em: <https://core.ac.uk/download/pdf/9543844.pdf>
- Robb, J. A., Sibley, M. H., Pelham Jr, W. E., Foster, E. M., Molina, B. S., Gnagy, E. M., & Kuriyan, A. B. (2011). The estimated annual cost of ADHD to the US education system. *School Mental Health*, *3*(3), 169-177. doi: 10.1007/s12310-011-9057-6
- Robin, A. L. (2014). Family therapy for adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *23*(4), 747-756. doi: 10.1016/j.chc.2014.06.001
- Rodrigo, M. D., Perera, D., Eranga, V. P., Williams, S. S., & Kuruppuarachchi, K. A. (2011). The knowledge and attitude of primary school teachers in Sri Lanka towards childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The Ceylon Medical Journal*, *56*(2), 51-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4038/cmj.v56i2.3108>

- Rodrigues, C. S. (2013). Conhecimentos dos professores do ensino regular sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 44(4), 161-166. Consultado em:
<http://revistas.rcaap.pt/app/article/view/2929>
- Rodrigues, A. N. (2011). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: dossier temático. *Educação Inclusiva*, 2(1), IV-IX.
- Rodrigues, A. N. (2007). Escalas revistas de Connors – formas reduzidas para pais e professores. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III) (203-227). Coimbra: Edições Quarteto.
- Rodrigues, A. N. (2005). *Hiperatividade e Défice de Atenção: compreender e intervir na escola e na família* [PDF]. Consultado em:
http://media.wix.com/ugd/1d245d_5e734059c88db492ded1697757a71864.pdf
- Rodrigues, D. (2006). Dez ideais (mal) feitas sobre a educação inclusiva [PDF]. In D. Rodrigues (Org.), *Inclusão e educação: doze olhares sobre a educação inclusiva* (p. 1-16). São Paulo: Summus Editorial. Consultado em:
http://redeinclusao.web.ua.pt/docstation/com_docstation/21/fl_47.pdf
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu*. Alfragide: Lua de Papel.
- Rodrigues, D., & Nogueira, J. (2010). Educação especial e inclusiva em Portugal factos e opções. *Revista de Educación Inclusiva*, 3(1), 97-109. Consultado em:
<http://www.ujen.es/revista/rei/linked/documentos/documentos/5-6.pdf>
- Rodriguez, A., Järvelin, M. R., Obel, C., Taanila, A., Miettunen, J., Moilanen, I., ... & Linnet, K. M. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7(1), 1-9.
doi:10.1186/1471-2458-7-327
- Rowland, A., Lesesne, C., & Abramowitz, A. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162-170. doi: 10.1002/mrdd.10036
- Rubia, K., Alegria, A. A., Cubillo, A. I., Smith, A. B., Brammer, M. J., & Radua, J. (2014). Effects of stimulants on brain function in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 76(8), 616-628.
doi: 10.1016/j.biopsych.2013.10.016
- Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 46-50. Consultado em:

<http://europepmc.org/abstract/med/16961430>

- Safren, S. A., Sprich, S. E., Cooper-Vince, C., Knouse, L. E., & Lerner, J. A. (2010). Life impairments in adults with medication-treated ADHD. *Journal of Attention Disorders, 13*(5), 524-531. doi:10.1177/1087054709332460
- Sagiv, S. K., Thurston, S. W., Bellinger, D. C., Amarasiriwardena, C., & Korrick, S. A. (2012). Prenatal exposure to mercury and fish consumption during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder-related behavior in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166*(12), 1123-1131. doi:10.1001/archpediatrics.2012.1286
- Salla, J., Michel, G., Pingault, J. B., Lacourse, E., Paquin, S., Galéra, C., ... & Côté, S. M. (2016). Childhood trajectories of inattention-hyperactivity and academic achievement at 12 years. *European Child & Adolescent Psychiatry, 1-12*. Consultado em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0843-4>
- Salmon, G., & Kirby, A. (2009). The role of teachers in the assessment of children suspected of having AD/HD. *British Journal of Special Education, 36*(3), 147-154. doi:10.1111/j.1467-8578.2009.00439.x
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sanches-Ferreira, M., Simeonsson, R. J., Silveira-Maia, M., & Alves, S. (2015). Evaluating implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Portugal's special education law. *International Journal of Inclusive Education, 19*(5), 457-468. doi:10.1080/13603116.2014.940067
- Sanches-Ferreira, M., Silveira-Maia, M., & Alves, S. (2014). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health, version for Children and Youth (ICF-CY), in Portuguese special education assessment and eligibility procedures: the professionals' perceptions. *European Journal of Special Needs Education, 29*(3), 327-343. doi:10.1080/08856257.2014.908025
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., Alves, S., Santos, M., & Silveira-Maia, M. (2013). How individualised are the Individualised Education Programmes (IEPs): an analysis of the contents and quality of the IEPs goals. *European Journal of Special Needs Education, 28*(4), 507-520. doi:10.1080/08856257.2013.830435
- Sanches-Ferreira, M., R. Simeonsson, M. Silveira-Maia, S. Alves, A. Tavares, & S. Pinheiro. (2010). *Projeto da Avaliação Externa da Implementação do Decreto-Lei n.º 3/2008:*

- Relatório Final* [PDF]. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Consultado em:
http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/estudo_simeonsson.pdf
- Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspetivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83. Consultado em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/691>
- Sanchez, M. E. (1994). *Introducción a la educación especial* (2.^a edição). Madrid : Editorial Complutense.
- Santos, P. A. R. (2012). *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: estudo comparativo das perceções e impacto em professores do ensino básico*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade das Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa). Consultado em: <http://hdl.handle.net/10284/3615>
- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder?. *The Annals of Family Medicine*, 1(3), 171-174.
doi: 10.1370/afm.3
- Sayal, K., Washbrook, E., & Propper, C. (2015). Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 360-368.
doi:10.1016/j.jaac.2015.02.007
- Sayal, K., Letch, N., & Abd, S. E. (2008). Evaluation of Screening in Children Referred for an ADHD Assessment. *Child & Adolescent Mental Health*, 13(1), 41-46.
doi:10.1111/j.1475-3588.2007.00463.x
- Sayal, K., Hornsey, H., Warren, S., MacDiarmid, F., & Taylor, E. (2006) Identification of children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 806-813. doi: 10.1007/s00127-006-0100-0
- Scassellati, C., Bonvicini, C., Faraone, S. V., & Gennarelli, M. (2012). Biomarkers and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1003-1019.
doi:10.1016/j.jaac.2012.08.015
- Schachar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1089-1102.
doi:10.1111/j.1469-7610.1990.tb00848.x

- Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders, 10*(2), 141-149.
doi:10.1177/1087054706286698
- Scheffler, R. M., Brown, T. T., Fulton, B. D., Hinshaw, S. P., Levine, P., & Stone, S. (2009). Positive Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication Use and Academic Achievement During Elementary School. *Pediatrics, 123*(5), 1273-1279.
doi:10.1542/peds.2008-1597
- Schmidt, S., & Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry, 9*(1), 9-58. doi: 10.1186/1471-244X-9-58
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S. A., Espy, K. A., Deković, M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(2), 111-119.
doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02468.x
- Schoenfeld, N. A., & Konopasek, D. (2007). Medicine in the classroom: A review of psychiatric medications for students with emotional or behavioral disorders. *Beyond Behavior, 17*(4), 14-20. Consultado em:
https://www.researchgate.net/profile/Naomi_Schoenfeld/publication/235946343_Medicine_in_the_classroom_A_review_of_psychiatric_medications_for_students_with_emotional_or_behavioral_disorders/links/00b7d517801263b7a8000000.pdf
- Schram, A. B. (2014). A mixed methods content analysis of the research literature in science education. *International Journal of Science Education, 36*(15), 2619-2638.
doi: 10.1080/09500693.2014.908328
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. *Deutsches Aerzteblatt International, 113*(11), 183-190. Consultado em:
<http://web.b.ebscohost.com/abstract?site=ehost&scope=site&jrnl=18660452&AN=114257313&h=El2FP3U11fwTpwaCZTIJ1PC3wo4kouzsJBIGmWsqNKU03tYDQ5AwH%2fYtOcKuSvjXeqB9BYi%2fS%2fD3kpJCAPZVGA%3d%3d&crl=c&resultLocal=ErrCrINoResults&resultNs=Ehost&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d18660452%26AN%3d114257313>
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in Children With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Pediatrics, 133*(5), 801-808.
doi:10.1542/peds.2013-3686

- Sciutto, M. J. (2013). ADHD knowledge, misconceptions, and treatment acceptability. *Journal of Attention Disorders, 19*(2), 91-98.
doi: 10.1177/1087054713493316
- 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. doi: 10.1177/10634266040120040501
- 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.
doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115::AID-PITS3>3.0.CO;2-5
- Seixas, M., Weiss, M., & Müller, U. (2012). Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 26*(6), 753-765. doi: 10.1177/02698811111412095
- Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1248-1255.
doi:10.1016/j.biopsych.2004.09.010
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de atenção e hiperatividade* (M. J. Goucha, Trad.). Alfragide: Texto. (obra original publicada em 2009).
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine, 10*(1), 10-99. doi: 10.1186/1741-7015-10-99
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 8*(3), 109-120. doi: 10.1177/1087054705277775
- Sherman, J., Rasmussen, C., & Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A review of the literature. *Educational Research, 50*(4), 347-360.
Consultado em: <https://doi.org/10.1080/00131880802499803>
- Shier, A. C., Reichenbacher, T., Ghuman, H. S., & Ghuman, J. K. (2013). Pharmacological Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and Adolescents: clinical strategies. *Journal of Central Nervous System Disease, 5*, 1-17.
doi: 10.4137/JCNSD.S6691

- Shillingford-Butler, M. A., & Theodore, L. (2013). Students diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: collaborative strategies for school counselors. *Professional School Counseling, 16*(4), 235-245. Consultado em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=192f907d-ce91-486a-b45b-bfd86c26372c%40sessionmgr105&vid=1&hid=106>
- Shillingford, M., Lambie, G., & Walter, S. (2007). An integrative, cognitive-behavioral, systemic approach to working with students diagnosed with attention deficit hyperactive disorder. *Professional School Counseling, 11*(2), 105-112. Consultado em: http://www.jstor.org/stable/42732790?seq=1#page_scan_tab_contents
- Schnoes, C., Reid, R., Wagner, M., & Marder, C. (2006). ADHD among students receiving special education services: A national survey. *Exceptional Children, 72*(4), 483-496. doi: 10.1177/001440290607200406
- Sibley, M. H., Olson, S., Morley, C., Campez, M., & Pelham, W. E. (2016). A school consultation intervention for adolescents with ADHD: barriers and implementation strategies. *Child and Adolescent Mental Health*. doi:10.1111/camh.12159
- Sikirica, V., Findling, R. L., Signorovitch, J., Erder, M. H., Dammerman, R., Hodgkins, P., ... & Wu, E. Q. (2013). Comparative Efficacy of Guanfacine Extended Release Versus Atomoxetine for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Applying Matching-Adjusted Indirect Comparison Methodology. *CNS Drugs, 27*(11), 943-953. doi: 10.1007/s40263-013-0102-x
- Silberg, J., Moore, A. A., & Rutter, M. (2015). Age of onset and the subclassification of conduct/dissocial disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 56*(7), 826-833. doi:10.1111/jcpp.12353
- Silva, D., Colvin, L., Glauert, R., Stanley, F., Jois, R. S., & Bower, C. (2015). Literacy and Numeracy Underachievement in Boys and Girls With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 1087054715613438*, 1-12. doi: 10.1177/1087054715596575
- Sim-Sim, I. (2005). *Necessidades educativas especiais: dificuldades da criança ou da escola?* Lisboa: Texto Editores.
- Simão, S. A. S. (2013). *Os conhecimentos, percepções e estratégias dos docentes do 1º e 3º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA*. (Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, da Universidade Católica Portuguesa). Consultado em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13572/1/Tese%20quase%20no%20final-.pdf>

- Simeonsson, R. J. (1994). Towards an epidemiology of developmental educational, and social problems of childhood. In R. J. Simeonsson (Eds), *Risk, resilience e prevention. Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Brookes
- Smith, J. D. (1998). Histories of Special Education Stories From Our Past, Insights for Our Future. *Remedial and Special Education*, 19(4), 196-200.
doi: 10.1177/074193259801900402
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048827
- Simons, H. (2009). *Case Study Research in Practice*. London: Sage.
- Simonsen, B., Fairbanks, S., Briesch, A., Myers, D., & Sugai, G. (2008). Evidence-based practices in classroom management: Considerations for research to practice. *Education and Treatment of Children*, 31(3), 351-380. Consultado em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c57b2ba6-7035-4322-adfd7d6968052725%40sessionmgr106&vid=1&hid=124>
- Sjöwall, D., & Thorell, L. B. (2014). Functional Impairments in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Mediating Role of Neuropsychological Functioning. *Developmental Neuropsychology*, 39(3), 187-204.
doi:10.1080/87565641.2014.88669
- Skirbekk, B., Hansen, B. H., Oerbeck, B., & Kristensen, H. (2011). The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 513-525.
doi: 10.1007/s10802-011-9488-4
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123. doi:10.1007/s00431-006-0299-5
- Soder, M. (1981). Devolver o deficiente à comunidade de onde foi excluído. *Correio da Unesco*, 9(8), 20-23.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24(1), 46-56.
doi: 10.1177/074193250302400105
- Solanto, M. V., Gilbert, S., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., & ... Newcorn, J. (2007). Neurocognitive Functioning in AD/HD, Predominantly Inattentive and Combined Subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 729-744.

doi:10.1007/s10802-007-9123-6

- Solanto, M. V., Pope-Boyd, S. A., Tryon, W. W., & Stepak, B. (2009). Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 13*(1), 27-35. doi:10.1177/1087054708320403
- Sollie, H., & Larsson, B. (2016). Parent-reported symptoms, impairment, helpfulness of treatment, and unmet service needs in a follow-up of outpatient children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 70*(8), 582-590.
doi: 10.1080/08039488.2016.1187204
- Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Holtmann, M., & Cortese, S. (2014). Computer-based cognitive training for ADHD: a review of current evidence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23*(4), 807-824. doi:10.1016/j.chc.2014.05.009
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Holtmann, M., Stevenson, J., ... & Simonoff, E. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry, 170*(3), 275-289.
doi:10.1176/appi.ajp.2012.12070991
- Soroa, M., Gorostiaga, A., & Balluerka, N. (2013). Review of tools used for assessing teachers' level of knowledge with regards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*, 151-177. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.5772/54277>
- Soroa, M., Balluerka, N., & Gorostiaga, A. (2012). Evaluation of the level of knowledge of infant and primary school teachers with respect to the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Content validity of a newly created questionnaire. In J. M. Norvilitis (Ed.), *Contemporary trends in ADHD research* (127-152). Rijeka: InTech. Consultado em:
<http://www.intechopen.com/books/contemporary-trends-in-adhd-research/evaluation-of-the-level-of-knowledge-of-infant-and-primary-school-teachers-with-respect-to-the-atten>
- Spencer, V. G. (2006). Peer Tutoring and Students With Emotional or Behavioral Disorders: A Review of the Literature. *Behavioral Disorders, 31*(2), 204-222. Consultado em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1ce49a0c-b2b6-48dc-9536-ea6c8f4c8551%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4112>
- Spencer, T. J., Biederman, J., Madras, B. K., Faraone, S. V., Dougherty, D. D., Bonab, A. A., & Fischman, A. J. (2005). In Vivo Neuroreceptor Imaging in Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder: A Focus on The Dopamine Transporter. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1293-1300. doi:10.1016/j.biopsych.2005.03.036
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432. doi:10.1097/00004583-199604000-00008
- Spiel, C. (2013). School-Based Services for Adolescents with ADHD: What is given and to whom?. (Doctoral dissertation, Ohio University). Consultado em: <https://etd.ohiolink.edu/>
- Spiel, C. F., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2014). Evaluating the content of Individualized Education Programs and 504 Plans of young adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 452-468. doi: 10.1037/spq0000101
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1432-1437. doi:10.1097/00004583-200011000-00018
- Sprich-Buckminster, S., Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., & Lehman, B. K. (1993). Are perinatal complications relevant to the manifestation of ADD? Issues of comorbidity and familiarity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 1032-1037. doi:10.1097/00004583-199309000-00023
- Stainback, S. & Stainback, W. (1996). *Controversial issues confronting special education: Divergent perspectives*. Boston: Allyn and Bacon.
- Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos* (cuarta edición). Madrid: Morata. Consultado em: <http://www.nelsonreyes.com.br/LIVRO%20STAKE.pdf>
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20(2), 107-123. doi: 10.2165/00023210-200620020-00003
- Stevens, L. J., Kuczek, T., Burgess, J. R., Hurt, E., & Arnold, L. E. (2011). Dietary Sensitivities and ADHD Symptoms: Thirty-five Years of Research. *Clinical Pediatrics*, 50(4), 279-293. doi:10.1177/0009922810384728
- Stevens, T., & Mulsow, M. (2006). There is no meaningful relationship between television exposure and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 117(3), 665-672. doi: 10.1542/peds.2005-0863

- Still, G. F. (1902a). The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. *The Lancet*, 159(4102), 1008-1013.
doi:10.1016/S0140-6736(01)74984-7
- Still, G. F. (1902b). The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. *The Lancet*, 159(4103), 1077-1082.
doi:10.1016/S0140-6736(01)70022-0
- Still, G. F. (1902c). The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. *The Lancet*, 159(4104), 1163-1168.
doi:10.1016/S0140-6736(01)74901-X
- Stoodley, C. J., & Schmahmann, J. D. (2009). Functional topography in the human cerebellum: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuroimage*, 44(2), 489-501.
doi:10.1016/j.neuroimage.2008.08.039
- Swanson, J., Arnold, L. E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., ... & Greenhill, L. (2008). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Part II: Supporting details. *Journal of Attention Disorders*, 12(1), 15-43.
doi: 10.1177/1087054708319525
- Symonds, J. E., & Gorard, S. (2010) Death of mixed methods? Or the rebirth of research as a craft. *Evaluation & Research in Education*, 23(2), 121-136.
doi:10.1080/09500790.2010.483514
- Taanila, A., Ebeling, H., Tiihala, M., Kaakinen, M., Moilanen, I., Hurtig, T., & Yliherva, A. (2014). Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 61-72. doi:10.1177/1087054712446813
- Takeda, T., Ambrosini, P. J., deBerardinis, R., & Elia, J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity?. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 419-425. doi:10.1016/j.ridd.2011.09.024
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... & Steinhausen, H. C. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), i7-i30.
doi: 10.1007/s00787-004-1002-x
- Taylor, N., Fauset, A., & Harpin, V. (2010). Young adults with ADHD: an analysis of their service needs on transfer to adult services. *Archives of Disease in Childhood*, 95(7), 513-517. doi: 10.1136/adc.2009.164384

- Teddle, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Telford, C., Green, C., Logan, S., Langley, K., Thapar, A., & Ford, T. (2013). Estimating the costs of ongoing care for adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *48*(2), 337-344.
doi:10.1007/s00127-012-0530-9
- Thomas, G. (2013) From question to inquiry: operationalising the case study for research in teaching. *Journal of Education for Teaching: International Research and Pedagogy*, *39*(5), 590-601. doi: 10.1080/02607476.2013.852299
- Thomazet, S. (2009). From integration to inclusive education: does changing the terms improve practice?. *International Journal of Inclusive Education*, *13*(6), 553-563.
doi:10.1080/13603110801923476
- Tirapu-Ustarroz, J., Ruiz-Garcia, B. M., Luna-Lario, P., & Hernaez-Goni, P. (2015). Sluggish cognitive tempo: an updated review. *Revista de Neurologia*, *61*(7), 323-331. Consultado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26411277>
- Toomey, S. L., Sox, C. M., Rusinak, D., & Finkelstein, J. A. (2012). Why Do Children With ADHD Discontinue Their Medication?. *Clinical Pediatrics*, *51*(8), 763-769.
doi:10.1177/0009922812446744
- Toledo, G. M. (1989). *La escuela ordinaria ante el niño con necesidades especiales*. Madrid : Santillana.
- Tomblin, J. B., & Mueller, K. L. (2012). How Can the Comorbidity with ADHD Aid Understanding of Language and Speech Disorders?. *Topics in Language Disorders*, *32*(3), 198-206. doi: 10.1097/TLD.0b013e318261c264
- Topkin, B., Roman, N. V., & Mwaba, K. (2015). Attention Deficit Disorder (ADHD): Primary school teachers' knowledge of symptoms, treatment and managing classroom behaviour. *South African Journal of Education*, *35*(2), 1-8.
doi:10.15700/saje.v35n2a988
- Tosto, M. G., Momi, S. K., Asherson, P., & Malki, K. (2015). A systematic review of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and mathematical ability: current findings and future implications. *BMC Medicine*, *13*(1), 1-14.
doi:10.1186/s12916-015-0414-4
- Trout, A. L., Lienemann, T. O., Reid, R., & Epstein, M. H. (2007). A review of non-medication interventions to improve the academic performance of children and youth with ADHD. *Remedial and Special Education*, *28*(4), 207-226.

doi: 10.1177/07419325070280040201

- Ulloa, R. E., Sanchez, S., Saucedo, J. M., & Ortiz, S. (2005). [Psychopathology associated to attention deficit hyperactivity disorder in school age children]. *Atas Espanolas de Psiquiatria*, 34(5), 330-335. Consultado em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16991022>
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca, Espanha: UNESCO. Consultado em: http://redeinclusao.web.ua.pt/files/fl_9.pdf
- United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: Division for Social Policy and Development Disability. Consultado em:
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- United Nations (1975). Declaration on the Rights of Disabled Persons. United Nations Human Rights: office of the high commissioner. Consultado em:
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfDisabledPersons.aspx>
- Ushijima, H., Usami, M., Saito, K., Kodaira, M., & Ikeda, M. (2012). Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder: Differences between subtypes. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 66(4), 285-291. doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02340.x
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E., & Seidman, L. J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 61(12), 1361-1369. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.011
- Van der Meer, D., Hartman, C. A., Richards, J., Bralten, J. B., Franke, B., Oosterlaan, J., ... & Hoekstra, P. J. (2014). The serotonin transporter gene polymorphism 5-HTTLPR moderates the effects of stress on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(12), 1363-1371.
doi: 10.1111/jcpp.12240
- Van de Loo-Neus, G. H., Rommelse, N., & Buitelaar, J. K. (2011). To stop or not to stop? How long should medication treatment of attention-deficit hyperactivity disorder be extended?. *European Neuropsychopharmacology*, 21(8), 584-599.
doi:10.1016/j.euroneuro.2011.03.008
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 783-800.

doi:10.1016/j.cpr.2007.10.007

- Van Lier, P. C., Van der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48(6), 601-608. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01724.x
- Veiga, L., Dias, H., Lopes, A., & Silva, N. (2000). *Crianças com necessidades educativas especiais: ideias sobre conceitos de ciências* (1.^a edição). Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD, and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. *School Psychology Review*, 33(3), 421-428. Consultado em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=34af093e-5f2c-4750-b98c-b5ac7a134cf2%40sessionmgr113&vid=38&hid=123>
- Vitiello, B., Abikoff, H. B., Chuang, S. Z., Kollins, S. H., McCracken, J. T., Riddle, M. A., ... & Wigal, S. B. (2007). Effectiveness of methylphenidate in the 10-month continuation phase of the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(5), 593-604. doi: 10.1089/cap.2007.0058
- Visser, S. N., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., ... & Cuffe, S. P. (2015). Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder among children with special health care needs. *The Journal of Pediatrics*, 166(6), 1423-1430. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.02.018
- Voort, J. L. V., He, J. P., Jameson, N. D., & Merikangas, K. R. (2014). Impact of the DSM-5 attention-deficit/hyperactivity disorder age-of-onset criterion in the US adolescent population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(7), 736-744. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.03.005>
- Wåhlstedt, C., & Bohlin, G. (2010). DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. *Child Neuropsychology*, 16(4), 350-365. doi:10.1080/09297041003671176
- Wåhlstedt, C., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: Neuropsychological Pathways, Comorbidity and Symptom Domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 551-564. doi:10.1007/s10802-008-9286-9

- Wakschlag, L., Leventhal, B., & Thomas, J. M. (2007). Disruptive behavior disorders & ADHD in preschool children: Characterizing heterotypic continuities for a developmentally-informed nosology for DSM V. In Narrow, First, Sirovatka, & Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (p. 243-259). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Warnock, H. M. (1978) *Special Educational Needs: report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. London: Her Majesty's Stationery Office. Consultado em:
<http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/warnock1978.pdf>
- Waschbusch, D. A., Pelham Jr, W. E., Jennings, J. R., Greiner, A. R., Tarter, R. E., & Moss, H. B. (2002). Reative aggression in boys with disruptive behavior disorders: Behavior, physiology, and affect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 641-656.
 doi:10.1023/A:1020867831811
- Watson, S. M. R., Richels, C., Michalek, A. P., & Raymer, A. (2015). Psychosocial Treatments for ADHD A Systematic Appraisal of the Evidence. *Journal of Attention Disorders*, 19(1), 3-10. doi: 10.1177/1087054712447857
- Weiss, M., Worling, D., & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), 1-9.
 doi: 10.1177/108705470300700101
- Whalen, C. K., & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADDH) children. *Clinical Psychology Review*, 5(5), 447-478. doi:10.1016/0272-7358(85)90004-2
- Wheeler, J., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 30-42. doi:10.1207/S15374424jccp2901_4
- Wheeler, J., & Carlson, C. L. (1994). The Social Functioning of Children with ADD with Hyperactivity and ADD without Hyperactivity: A Comparison of Their Peer Relations and Social Deficits. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(1), 2-12.
 doi: 10.1177/106342669400200101
- Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C. K., Klaric, J., Abikoff, H. B., ... & Hechtman, L. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 543-553.
 doi: 10.1023/A:1005131131159

- 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.
doi:10.1177/0143034305052913
- Weyandt, L. L., & DuPaul, G. J. (2013). Assessment of ADHD. *In College Students with ADHD* (37-60). Springer New York. doi: 10.1007/978-1-4614-5345-1_4
- Weyandt, L., DuPaul, G. J., Verdi, G., Rossi, J. S., Swentosky, A. J., Vilardo, B. S., & ... Carson, K. S. (2013). The Performance of College Students with and without ADHD: Neuropsychological, Academic, and Psychosocial Functioning. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 35(4), 421-435. doi:10.1007/s10862-013-9351-8
- Wiesner, M., Elliott, M., McLaughlin, K., Banspach, S., Tortolero, S., & Schuster, M. (2015). Common Versus Specific Correlates of Fifth-Grade Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms: Comparison of Three Racial/Ethnic Groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 985-998.
doi:10.1007/s10802-014-9955-9
- Wigal, S. B. (2009). Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *Cns Drugs*, 23(1), 21-31.
doi: 10.2165/00023210-200923000-00004
- Wigal, T., Greenhill, L., Chuang, S., McGough, J., Vitiello, B., Skrobala, A., ... & McCracken, J. (2006). Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1294-1303. doi: 10.1097/01.chi.0000235082.63156.27
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
doi:10.1007/s13311-012-0135-8
- Willcutt, E. G., Nigg, J., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., ... & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991-1010. doi: 10.1037/a0027347
- Willcutt, E. G., Doyle, A., Nigg, J. T., Faraone, S., & Pennington, B. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346.
doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006

- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Chhabildas, N. A., Friedman, M. C., & Alexander, J. (1999). Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1355-1362. doi:10.1097/00004583-199911000-00009
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179-185.
doi: 10.1542/peds.111.1.179
- Winzer, M. A. (1993). *The history of special education: from isolation to integration*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Wolfensberger, W. P., Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R., & Roos, P. (1972). The principle of normalization as a human management model: evolution of a definition. In W. Wolfensberger (Coord), *The principle of normalization in human services* (p. 26-29). Toronto: National Institute on Mental Retardation. Consultado em:
http://digitalcommons.unmc.edu/wolf_books/1/
- Wolraich, M. L., Bard, D. E., Neas, B., Doffing, M., & Beck, L. (2013). The psychometric properties of the Vanderbilt attention-deficit hyperactivity disorder diagnostic teacher rating scale in a community population. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(2), 83-93. doi:10.1097/DBP.0b013e31827d55c3
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Baumgaertel, A., Garcia-Tornel, S., Feurer, I. D., Bickman, L., & Doffing, M. A. (2003a). Teachers' screening for attention deficit/hyperactivity disorder: Comparing multinational samples on teacher ratings of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 445-455. doi: 10.1023/A:1023847719796
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003b). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(8), 559-568.
doi: 10.1093/jpepsy/jsg046
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., ... & Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746. doi: 10.1542/peds.2004-1959
- Wolraich, M. L., Feurer, I., Hannah, J., Baumgaertel, A., & Pinnock, T. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 141-152. doi:10.1023/A:1022673906401

- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., Baumgaertel, A., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(3), 319-324. doi:10.1097/00004583-199603000-00013
- Yell, M. L., Rogers, D., & Rogers, E. L. (1998). The Legal History of Special Education What a Long, Strange Trip It's Been!. *Remedial and Special Education, 19*(4), 219-228. doi: 10.1177/074193259801900405
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Young, S., & Amarasinghe, M. J. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(2), 116-133. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x
- Young, J., Rugino, T., Dammerman, R., Lyne, A., & Newcorn, J. H. (2014). Efficacy of Guanfacine Extended Release Assessed During the Morning, Afternoon, and Evening Using a Modified Conners' Parent Rating Scale–Revised: Short Form. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 24*(8), 435-441. doi: 10.1089/cap.2013.0134
- Youssef, M. K., Hutchinson, G., & Youssef, F. F. (2015). Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers. *SAGE Open, 5*(1), 1-8. doi: 10.1177/2158244014566761
- Zappitelli, M., Pinto, T., & Grizenko, N. (2001). Pre-, Peri-, and Postnatal Trauma in Subjects With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*(6), 542. Consultado em: http://ww1.cpaapc.org/French_Site/Publications/Archives/CJP/2001/August/PDF/adhd.pdf
- Zheng, C., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., & ... Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 55*(8), 878-885. doi:10.1111/jcpp.12164
- Zisser, A. R., & Eyberg, S. M. (2012). Maternal ADHD: Parent-child interactions and relations with child disruptive behavior. *Child & Family Behavior Therapy, 34*(1), 33-52. doi: 10.1080/07317107.2012.654450
- Zuvekas, S. H., & Vitiello, B. (2012). Stimulant medication use in children: a 12-year perspective. *The American Journal of Psychiatry, 169*(2), 160-166. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030387

Anexos

Anexo I: Pedidos de autorização

Anexo I₁ – Pedido de autorização à Diretora Regional da Educação

Luís Carlos Martins de Oliveira

Rua do Botelho, n.º 54

9500-533 Ponta Delgada

Correio eletrónico: luismicaelense@hotmail.com

Exma. Senhora Diretora da Direção Regional da Educação

Eu, Luís Carlos Martins de Oliveira, bolseiro de doutoramento do Fundo Regional para a Ciência e doutorando em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, venho pelo presente solicitar autorização para a realização de um trabalho de investigação intitulado “A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção nos Açores: do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico na ilha de São Miguel”, no âmbito da dissertação de doutoramento em Estudos da Criança. Esta investigação será realizada sob orientação da doutora Teresa Medeiros (professora catedrática da Universidade dos Açores), da doutora Ana Serrano (professora associada da Universidade do Minho) e do doutor Marcelino Pereira (professor associado da Universidade de Coimbra).

Pretende-se com este estudo analisar o conhecimento que os professores do 1.º ciclo do ensino básico da ilha de São Miguel têm relativamente à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), as práticas educativas adotadas com as crianças com esta perturbação, bem como o impacto desta perturbação em contexto escolar.

Salienta-se que todos os dados recolhidos serão confidenciais e para uso exclusivo do estudo.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração.

Ponta Delgada, 04 de setembro de 2013

O bolseiro de doutoramento
(Luís Carlos Martins de Oliveira)

Anexo I₂ – Pedido de autorização ao Conselho Executivo do Agrupamento de escolas

Exmo. Senhor (a) Diretor (a) do
Agrupamento de Escolas da

Assunto: Pedido de autorização para preenchimento de questionários pelos docentes das escolas do Agrupamento de...

Eu, Luís Carlos Martins de Oliveira, bolseiro de doutoramento do Fundo Regional para a Ciência e doutorando em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, venho pelo presente solicitar autorização a Vossa Ex.^a, para o preenchimento de questionários (em que será garantido o anonimato) aos docentes da Escola... O preenchimento dos questionários será feito em sala de aula, com todos os professores do 1.º ciclo do ensino básico pertencentes a cada escola, em data e hora a combinar com os inquiridos.

Este questionário insere-se na realização da parte experimental de um trabalho de investigação intitulado “A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção nos Açores: do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico na ilha de São Miguel”, no âmbito da dissertação de doutoramento em Estudos da Criança.

Pretende-se com este estudo analisar o conhecimento que os professores do 1.º ciclo do ensino básico da ilha de São Miguel têm relativamente à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), as práticas educativas adotadas com as crianças com esta perturbação, bem como o impacto desta perturbação em contexto escolar.

Salienta-se que todos os dados recolhidos serão confidenciais e para uso exclusivo do estudo.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração.

Ponta Delgada, 03 de setembro de 2013

O bolseiro de doutoramento

(Luís Carlos Martins de Oliveira)

Tomei conhecimento e autorizo ____ / ____ / ____ O Presidente do Conselho Executivo _____

Anexo I₃ – Pedido de autorização para realização das entrevistas

Exmo. Senhor (a) Diretor (a) da
Escola

Eu, Luís Carlos Martins de Oliveira, bolsheiro de doutoramento do Fundo Regional para a Ciência e doutorando em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, venho pelo presente solicitar autorização a Vossas Ex.^a, para a realização e gravação de uma entrevista semiestruturada à docente do aluno... A entrevista realizar-se-á em data, hora e local apropriado, a acordar com o entrevistado.

Esta entrevista enquadra-se na realização da parte experimental de um trabalho de investigação intitulado “A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) nos Açores: do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico na ilha de São Miguel”, no âmbito da dissertação de doutoramento em Estudos da Criança.

A entrevista tem como objetivos:

- Analisar as práticas educativas implementadas com as crianças com PHDA;
- Averiguar o impacto da PHDA em contexto escolar, ao nível das competências académicas, comportamentais e sociais dos alunos com este diagnóstico.

Comprometo-me a garantir a total confidencialidade e anonimato na análise e reprodução das entrevistas. Asseguro, inclusivamente, a validação pelo entrevistado antes da sua transcrição.

de de 2014

Assinatura do Diretor de Escola

Assinatura do docente

Luís Carlos Martins de Oliveira

Anexo I₄ – Validação da transcrição da entrevista ao docente

...de...de 2014

No seguimento da leitura efetuada à transcrição da entrevista, na qual participei como entrevistado, no dia ... de ... de 2014, pelo Luís Carlos Martins de Oliveira, bolseiro de doutoramento do Fundo Regional para a Ciência e doutorando em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, venho pelo presente afirmar que concordo com a reprodução realizada, por estar em consonância com as respostas por mim atribuídas.

O docente

Anexo I₅ – Pedido de autorização para Análise Documental

Exmo. Senhor (a) Diretor (a) da
Escola

Eu, Luís Carlos Martins de Oliveira, bolsheiro de doutoramento do Fundo Regional para a Ciência e doutorando em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, venho pelo presente solicitar autorização a Vossa Ex.^a, para aceder e analisar o Processo Individual do Aluno (PIA) X, bem como outros documentos orientadores da escola, mais concretamente o Projeto Educativo de Escola (PEE).

Esta análise documental inclui-se na realização da parte experimental de um trabalho de investigação intitulado “A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) nos Açores: do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico na ilha de São Miguel”, no âmbito da dissertação de doutoramento em Estudos da Criança.

A análise destes documentos tem como propósito:

- i. Caracterizar as crianças com PHDA dos Açores em termos comportamentais, de comorbilidades e competências académicas;
- ii. Conhecer de que forma é realizado o diagnóstico/intervenção e quais os agentes envolvidos neste processo;
- iii. Aferir a articulação existente entre os diferentes agentes educativos e as práticas educativas adotadas.
- iv. Caracterização do contexto escolar do aluno com PHDA.

Comprometo-me a guardar sigilo, confidencialidade e anonimato sobre os dados recolhidos, garantindo que o seu uso será única e exclusivamente para fins desta investigação.

Agradeço, desde já, a sua cooperação e a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Declaro que autorizo

Luís Carlos Martins de Oliveira

Diretor da escola

Anexo I₆ – Pedido de autorização ao Encarregado de Educação para Análise Documental

Exm^a. Senhora
Encarregada de Educação

Ponta Delgada,....., de.... de 2014

Eu, Luís Carlos Martins de Oliveira, bolsheiro de doutoramento do Fundo Regional para a Ciência e doutorando em Estudos da Criança, área de especialização em Educação Especial, pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho, venho pelo presente solicitar autorização a Vossa Ex.^a, para aceder e analisar o Processo Individual do Aluno (PIA), referente ao seu educando.

Esta análise documental insere-se na realização da parte experimental de um trabalho de investigação intitulado “A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção nos Açores: do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico na ilha de São Miguel”, no âmbito da dissertação de doutoramento em Estudos da Criança.

Este pedido surge com o objetivo de averiguar os principais problemas (académicos, comportamentais e sociais) que o seu educando apresenta na escola e quais as medidas adotadas pelos agentes educativos escolares para minimizar estas dificuldades.

Comprometo-me a guardar sigilo, confidencialidade e anonimato sobre os dados recolhidos, acautelando que o seu uso será unicamente para fins desta investigação.

Agradeço, desde já, a colaboração e atenção concedida.

Com os melhores cumprimentos,

Luís Carlos Martins de Oliveira

Declaro que autorizo

Encarregado de Educação

Anexo I₇ – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, aluno do _____ ano de escolaridade fui solicitado pelo bolsheiro de doutoramento Luís Carlos Martins de Oliveira, a participar num projeto de investigação e sei que conta com a autorização do meu encarregado de educação.

Fui informado que o projeto visa analisar documentos referentes ao meu trajeto académico/pessoal. Sei também que, em nenhuma circunstância, será mencionado o meu nome real.

Autorizo a consulta da informação requerida e aceito participar neste estudo.

Assinatura do aluno:

Ponta Delgada, ___ de _____ de 2014

Anexo II: Instrumentos de recolha de dados

Anexo II₁ – Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP)

Questionário

O presente questionário insere-se numa investigação desenvolvida no âmbito da frequência do Doutoramento em Estudos da Criança, do Instituto de Educação da Universidade do Minho, cujo objetivo é analisar o conhecimento dos professores do 1.º ciclo do ensino básico, de escolas públicas e privadas da ilha de São Miguel, acerca da **Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA)**.

Este questionário não é um teste, pelo que não existem respostas certas ou erradas.

A sua contribuição é de grande importância. Procure ser o mais exato possível. O anonimato e a confidencialidade serão garantidos.

Estima-se serem necessários 30 minutos para o seu preenchimento. Responda por favor seguindo os indicadores das questões. Em algumas deve assinalar com um X a resposta que melhor se identifica com a sua situação.

Muito obrigado pela sua colaboração.

----- (número de identificação)

Parte I

- | | |
|--|---|
| 1. Idade: ____ | 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| 3. Ano que leciona 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> | 4. Tempo de serviço docente (em anos): ____ |
| 5. Escola: privada <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> | 6. Nº alunos na sala de aula no presente ano: ____ |
| 7. Situação contratual: Efetivo <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Apoio escolar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual: _____ | |

- | |
|---|
| 8. Habilitações académicas:
8.1. Magistério Primário <input type="checkbox"/> 8.2. Licenciatura <input type="checkbox"/> 8.3. Mestrado <input type="checkbox"/> 8.4. Doutoramento <input type="checkbox"/> 8.5. Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____ |
| 9. Estabelecimento (o) de ensino onde obteve o (s) diploma (s)?
_____ |

Parte II

12. Das seguintes afirmações de conhecimento geral assinale as que são verdadeiras ou falsas. [Sempre que não souber a resposta assinale a opção “Não sei”]

	Verdadeiro	Falso	Não sei
É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA			
A PHDA não é uma verdadeira perturbação clínica			
A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento académico nos primeiros anos escolares			
Não existe “cura” para a PHDA, apenas procura-se mantê-la dentro de limites que não se declarem gravosos para a pessoa, bem como para aqueles que com ela convivem			
A PHDA só afeta rapazes			

Anexo II₂ – Escala Vanderbilt de Diagnóstico da PHDA para Professores (EVDPP)

ESCALA VANDERBILT DE DIAGNÓSTICO DE PHDA PARA PROFESSORES

(*Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale - VADTRS*) (Wolraich, Feurer, Hannah, Baumgaertel, & Pinnock, 1998)

Traduzido e adaptado para investigação por Oliveira, Pereira, Medeiros, Serrano e Fernandes (2015)

Nome do aluno: _____ Sexo: F M

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Ano escolar: _____

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção ----- (número de identificação)

1. O aluno está diagnosticado com PHDA? Sim Não

1.1. Se sim, indique qual o Subtipo: Hiperativo/Impulsivo Desatento Misto

1.1.2. Se não, está em fase de avaliação para diagnóstico da PHDA? Sim Não

Instruções: Cada classificação deve ser considerada no contexto do que é apropriado para a idade da criança que está a classificar e deve refletir o seu comportamento desde o início do ano letivo.

Assinale com um **círculo** a opção que considera mais adequada.

Código de frequência: 0 = Nunca; 1 = Ocasionalmente; 2 = Frequentemente; 3 = Muito Frequentemente

1. Tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares	0	1	2	3
2. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades	0	1	2	3
3. Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente	0	1	2	3
4. Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares (não por que se recuse ou por não compreender)	0	1	2	3
5. Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades	0	1	2	3
6. Evita, não gosta ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental sustentado	0	1	2	3
7. Perde material necessário à realização de tarefas ou atividades (trabalhos da escola, lápis ou livros)	0	1	2	3
8. Distrai-se facilmente com estímulos externos	0	1	2	3

Guião de entrevista

Temática: PHDA: impacto em contexto escolar e práticas educativas adotadas.

Objetivo Geral: Recolher informações relevantes acerca do atendimento a alunos com PHDA e dos problemas que esta perturbação acarreta em contexto escolar.

Objetivos Específicos:

- (i) Apurar o nível de conhecimento do entrevistado sobre a PHDA;
- (ii) Conhecer a sua experiência no ensino a alunos com PHDA;
- (iii) Identificar os comportamentos mais perturbadores que estes alunos manifestam em sala de aula;
- (iv) Recolher informação para caracterização do perfil cognitivo e afetivo dos alunos com PHDA;
- (v) Entender quais as competências interpessoais dos alunos com este diagnóstico, no que respeita ao relacionamento com os colegas e professor;
- (vi) Averiguar o conjunto de estratégias adotadas pelo professor em sala de aula que visem a melhoria do comportamento e/ou rendimento escolar dos alunos com PHDA;
- (vii) Analisar se existem medidas escolares para envolvimento da família no acompanhamento e intervenção dos seus filhos com PHDA;
- (viii) Constatar se os alunos visados estão ao abrigo dos serviços de educação especial;
- (ix) Analisar a existência de uma equipa multidisciplinar no contexto escolar para a avaliação, diagnóstico e intervenção com estes alunos;
- (x) Perceber quais os métodos utilizados na partilha de informação entre os diferentes agentes educativos;
- (xi) Constatar quais as dificuldades sentidas pelos professores face à docência de alunos com PHDA;
- (xii) Sinalizar quais as necessidades formativas dos professores em relação à PHDA;

- (xiii) Compreender as lacunas existentes na escola em relação ao ensino destes alunos;
- (xiv) Enumerar as sugestões de melhoria indicadas pelos professores.

Questões:

- 1) Quais as suas habilitações literárias?
- 2) Ao longo do seu percurso académico e profissional teve alguma formação relacionada com a temática da PHDA? Enumere-as.
- 3) Qual a sua experiência de ensino com alunos com PHDA? Neste momento, quantos casos tem diagnosticados na sua sala?
- 4) Quais são, na sua perspetiva, as causas desta perturbação? E os principais sintomas? Destes, quais os que considera mais problemáticos em contexto escolar?
- 5) O comportamento dos seus alunos com PHDA em sala de aula é considerado ajustado à dinâmica das atividades desenvolvidas? Que tipo de problemas comportamentais apresentam mais frequentemente (e.g., levantar-se da cadeira, não levantar o dedo, falar excessivamente, não cumprir os pedidos do professor)?
- 6) Como caracteriza estes alunos no que respeita à atenção que manifestam nas aulas/tarefas escolares (e.g., manter-se focado nas tarefas; terminar os trabalhos; organização e planificação)?
- 7) Como define os seus alunos com PHDA no que respeita às competências sociais, nomeadamente no relacionamento com os seus pares (e.g., são exploradas pelos outros; têm poucos amigos; são conflituosos)?

Anexo II₄ – Organização geral da entrevista para análise de conteúdo

Protocolo		
Dimensões em análise		
Legitimação da entrevista	Objetivos	Reforçar explicação dada anteriormente em relação à importância da sua participação; Autorização para gravação da entrevista;
	Questões	Aceita as condições propostas, em relação à sua participação nesta investigação e à transcrição da entrevista?
	Observações	Esclarecimento de todas as dúvidas que o entrevistado possa ter antes do início da entrevista. Criar um clima de segurança e empatia. Motivar o entrevistando.
A – Perfil do entrevistado	Objetivos	(i) Recolher alguns dados sociodemográficos; (ii) Apurar o nível de conhecimentos do entrevistado sobre a problemática em análise (PHDA); (iii) Conhecer a sua experiência no ensino a este tipo de alunos;
	Questões	1) Quais as suas habilitações literárias? 2) Ao longo do seu percurso académico e profissional teve alguma formação relacionada com a temática da PHDA? Enumere-as. 3) Qual a sua experiência de ensino com alunos com PHDA? Neste momento, quantos casos tem diagnosticados na sua sala? 4) Quais são, na sua perspetiva, as causas desta perturbação? E os principais sintomas? Destes, quais os que considera mais problemáticos em contexto escolar?
	Observações	Intenta-se obter respostas que permitam conhecer o seu nível de conhecimento em relação à PHDA, a sua formação nesta temática, assim como a experiência de ensino a este tipo de alunos. Comparar com resultados do QACP (ponto de confluência).
Finalização da entrevista	Objetivos	Agradecimento ao entrevistado; Intensificar o carácter da confidencialidade dos seus dados
	Questões	Colocar-se à disposição para o esclarecimento de alguma dúvida que possa surgir no futuro.
	Observações	Recordar o compromisso da leitura por parte do entrevistado da transcrição da entrevista feita pelo investigador, antes da sua inclusão na tese.

Anexo II₅ – Grelha de análise e tratamento do material

Categoria	Subcategoria	Codificação/enumeração	Unidade de Registo
Legitimação da entrevista	N.º Entrevista		
	Autorização	0=Não 1=Sim	
Perfil do aluno	Comportamento	0=Não 1=Sim Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)
	Rendimento académico	0=Não 1=Sim Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)
	Relacionamento com os colegas	Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (palavras/padrões/regularidades)
	Problemas associados	0=Não 1=Sim	Excertos de texto (palavras/padrões/regularidades)
	Medicação	0=Não 1=Sim Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)
Estratégias a utilizar em sala de aula	Estratégias de intervenção	0=Não 1=Sim Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)
	Planeamento da intervenção	0=Não 1=Sim Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)
	Estratégias de Motivação	Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)
	Individualização de processos	0=Não 1=Sim Transcrição para classificação posterior	Excertos de texto (padrões/regularidades)

Anexo III: Quadros

Anexo III₁: Versão original da escala vs. versão traduzida

Versão original da escala	Versão final da tradução da escala
1.Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	1.Tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares
2.Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades
3.Does not seem to listen when spoken to directly	3.Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente
4.Does not follow through on instruction and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	4.Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares (não por que se recuse ou por não compreender)
5.Has difficulty organizing tasks and activities	5.Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades
6.Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustaining mental effort	6.Evita, não gosta ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental sustentado
7.Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	7.Perde material necessário à realização de tarefas ou atividades (trabalhos da escola, lápis ou livros)
8.Is easily distracted by extraneous stimuli	8.Distrai-se facilmente com estímulos externos
9.Is forgetful in daily activities	9.É esquecido/a nas atividades quotidianas
10.Fidgets with hands or feet or squirms in seat	10.Mexe constantemente as mãos ou pés ou não para quieto/a na cadeira
11.Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	11.Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que devia permanecer sentado/a
12.Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	12.Corre ou trepa excessivamente em situações em que devia permanecer sentado/a
13.Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	13.Tem dificuldade em jogar ou em envolver-se tranquilamente em atividades de lazer
14.Is “on the go” or often acts as if “driven by a motor”	14.Está sempre em movimento ou age frequentemente como se fosse “movido/a por um motor”
15.Talks excessively	15.Fala excessivamente
16.Blurts out answers before questions have been completed	16.Responde precipitadamente antes de ouvir as questões até ao fim
17.Has difficulty waiting in line	17.Tem dificuldade em esperar pela sua vez
18.Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations or games)	18.Interrompe os outros ou intromete-se (por exemplo, em conversas ou jogos)
19.Loses temper	19.Perde o controlo
20.Actively defies or refuses to comply with adults’ requests or rules	20.Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos
21.Is angry or resentful	21.Está zangado/a ou ressentido/a
22.Is spiteful and vindictive	22.É rancoroso/a e vingativo/a
23.Bullies, threatens, or intimidates others	23.Assusta, ameaça ou intimida os outros
24.Initiates physical fights	24.Inicia lutas físicas
25.Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (ie, “cons” others)	25.Mente para conseguir bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, engana os outros)
26.Is physically cruel to people	26.É fisicamente cruel para as pessoas
27.Has stolen items of nontrivial value	27.Rouba objetos de valor significativo
28.Deliberately destroys others’ property	28.Destrói deliberadamente os bens dos outros
29.Is fearful, anxious, or worried	29.É temeroso/a, ansioso/a ou preocupado/a
30.Is self-conscious or easily embarrassed	30.É tímido/a ou fica envergonhado/a facilmente
31.Is afraid to try new things for fear of making mistakes	31.Tem medo de experimentar coisas novas por receio de cometer erros
32Feels worthless or inferior	32.Sente-se inútil ou inferior
33.Blames self for problems, feels guilty	33.Culpabiliza-se pelos problemas, sente-se culpado/a

34.Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that “no one loves” him or her	34.Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”
35.Is sad, unhappy, or depressed	35.Está triste, infeliz ou deprimido/a

Performance

Desempenho

Academic Performance

Desempenho acadêmico

- 1.Reading
- 2.Mathematics
- 3.Written expression

- 1.Leitura
- 2.Matemática
- 3.Expressão escrita

Classroom Behavioral Performance

Desempenho comportamental em sala de aula

- 1.Relationships with peers
- 2.Following directions/rules
- 3.Disrupting class
- 4.Assignment completion
- 5.Organizational skills

- 1.Relacionamento com os colegas
- 2.Cumprimento de ordens/regras
- 3.Perturbação das aulas
- 4.Conclusão de tarefas
- 5.Capacidade de organização

Anexo III₂: Versão original da escala vs. versão retrotraduzida

Versão original da escala

Retrotradução da escala

1.Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	1.Has difficulty paying attention to details or makes careless mistakes on schoolwork
2.Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	2.Has difficulty maintaining focus on tasks or activities
3.Does not seem to listen when spoken to directly	3.Seems to not hear when being spoken to directly
4.Does not follow through on instruction and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	4.Has difficulty following directions and does not finish schoolwork (not because of refusal or lack of understanding)
5.Has difficulty organizing tasks and activities	5.Has difficulty organizing tasks and activities
6.Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustaining mental effort	6.Avoids, dislikes or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort
7.Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	7.Loses materials needed to perform tasks or activities (schoolwork, pencils or books)
8.Is easily distracted by extraneous stimuli	8.Easily distracted by external stimuli
9.Is forgetful in daily activities	9.Is forgetful in daily activities
10.Fidgets with hands or feet or squirms in seat	10.Constantly moving hands or feet or does not sit quietly in the chair
11.Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	11.Gets up in the classroom or in other situations where he/she should remain seated
12.Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	12.Runs or climbs excessively in situations where he/she should remain seated
13.Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	13.Has difficulty calmly playing or engaging in leisure activities
14.Is “on the go” or often acts as if “driven by a motor”	14.Is always moving or often acts as though he/she is “driven by a motor”
15.Talks excessively	15.Talks excessively
16.Blurts out answers before questions have been	16.Responds hastily before hearing the entire question

completed

- 17.Has difficulty waiting in line
- 18.Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations or games)
- 19.Loses temper
- 20.Actively defies or refuses to comply with adults' requests or rules
- 21.Is angry or resentful
- 22.Is spiteful and vindictive
- 23.Bullies, threatens, or intimidates others
- 24.Initiates physical fights
- 25.Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (ie, "cons" others)
- 26.Is physically cruel to people
- 27.Has stolen items of nontrivial value
- 28.Deliberately destroys others' property
- 29.Is fearful, anxious, or worried
- 30.Is self-conscious or easily embarrassed
- 31.Is afraid to try new things for fear of making mistakes
- 32.Feels worthless or inferior
- 33.Blames self for problems, feels guilty
- 34.Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves" him or her
- 35.Is sad, unhappy, or depressed

- 17.Has difficulty waiting for his/her turn
- 18.Interrupts others or interferes (for example, in conversations or games)
- 19.Loses control
- 20.Openly challenges or refuses to comply with adults' orders or rules
- 21.Is angry or resentful
- 22.Is spiteful and vindictive
- 23.Scaries, threatens or intimidate others
- 24.Starts physical fights
- 25.Lies to get goods or favors or to avoid obligations (i.e. deceiving others)
- 26.Is physically cruel to people
- 27.Steals objects of great value
- 28.Deliberately destroys others' property
- 29.Is fearful, anxious or worried
- 30.Is shy and gets embarrassed easily
- 31.Is afraid of trying new things for fear of making mistakes
- 32.Feels useless or inferior
- 33.Blames himself/herself for problems, feels guilty
- 34.Feels alone, unwanted or unloved; complains that "nobody likes him/her"
- 35.Is sad, unhappy or depressed

Performance

Academic Performance

- 1.Reading
- 2.Mathematics
- 3.Written expression

Classroom Behavioral Performance

- 1.Relationships with peers
- 2.Following directions/rules
- 3.Disrupting class
- 4.Assignment completion
- 5.Organizational skills

Performance

Academic performance

- 1.Reading
- 2.Mathematics
- 3.Writing expression

Behavioral performance in the classroom

- 1.Relationship with peers
 - 2.Compliance with orders/rules
 - 3.Classroom disruption
 - 4.Completion of tasks
 - 5.Organizational skills
-

Anexo IV: Tabelas

Anexo IV₁: Frequência diferenciada das questões com significado estatístico na variável formação específica em PHDA.

		Tem formação específica em PHDA?		
		Sim	Não	Total
Esta perturbação desaparece com a idade	Verdadeiro	3 (3.8%)	11 (3.2%)	14 (3.3%)
	Falso	60 (75%)	202 (59.6%)	262 (62.5%)
	Não Sei	17 (21.3%)	126 (37.2 %)	143 (34.1%)
	Total	80 (100%)	339 (100%)	419 (100%)

		Tem formação específica em PHDA?		
		Sim	Não	Total
As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta	Verdadeiro	3 (11.3%)	31 (9.1%)	40 (9.5%)
	Falso	36 (45%)	109 (32.2%)	145 (34.6%)
	Não Sei	35 (43.8%)	199 (58.7%)	234 (55.8%)
	Total	80 (100%)	339 (100%)	419 (100%)

		Tem formação específica em PHDA?		
		Sim	Não	Total
A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral	Verdadeiro	19 (23.8%)	49 (14.5%)	68 (16.2%)
	Falso	26 (32.5%)	81 (23.9%)	107 (25.5%)
	Não Sei	35 (43.8%)	209 (61.7%)	244 (58.2%)
	Total	80 (100%)	339 (100%)	419 (100%)

		Tem formação específica em PHDA?		
		Sim	Não	Total
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	Verdadeiro	40 (50%)	127 (37.5%)	167 (39.9%)
	Falso	2 (2.5%)	7 (2.1%)	9 (2.1%)
	Não Sei	38 (47.5%)	205 (60.5%)	243 (58.0%)
	Total	80 (100%)	339 (100%)	419 (100%)

Anexo IV₂: Frequência diferenciada das questões com significado estatístico na variável experiência de ensino a alunos com PHDA

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares desestruturados	Verdadeiro	150 (49.7%)	44 (37.6%)	194 (46.3%)
	Falso	128 (42.4%)	50 (42.7%)	178 (42.5%)
	Não Sei	24 (7.9%)	23 (19.7 %)	47 (11.2%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA	Verdadeiro	22 (7.3%)	13 (11.1%)	35 (8.4%)
	Falso	240 (79.5%)	70 (59.8%)	310 (74%)
	Não Sei	40 (13.2%)	34 (29.1%)	74 (17.7%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico	Verdadeiro	232 (76.8%)	78 (66.7%)	310 (74%)
	Falso	24 (7.9%)	8 (6.8%)	32 (7.6%)
	Não Sei	46 (15.2%)	31 (26.5%)	77 (18.4%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais	Verdadeiro	3 (1%)	0 (0%)	3 (.7%)
	Falso	290 (96%)	106 (90.6%)	396 (94.5%)
	Não Sei	9 (3%)	11 (9.4%)	20 (4.8%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Esta perturbação desaparece com a idade	Verdadeiro	12 (4%)	2 (1.7%)	14 (3.3%)
	Falso	202 (66.9%)	60 (51.3%)	262 (62.5%)
	Não Sei	88 (29.1%)	55 (47.0%)	143 (34.1%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares	Verdadeiro	142 (47%)	48 (41%)	190 (45.3%)
	Falso	59 (19.5%)	11 (9.4%)	70 (16.7%)
	Não Sei	101 (33.4%)	58 (49.6 %)	159 (37.9%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
É comum as crianças com PHDA terem um sentimento de grandiosidade e a sua autoestima elevada	Verdadeiro	41 (13.6%)	16 (13.7%)	57 (13.6%)
	Falso	197 (65.2%)	55 (47%)	252 (60.1%)
	Não Sei	64 (21.2%)	46 (39.3%)	110 (26.3%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA	Verdadeiro	12 (4.0%)	5 (4.3%)	17 (4.1%)
	Falso	249 (82.5%)	81 (69.2%)	330 (78.8%)
	Não Sei	41 (13.6%)	31 (26.5%)	72 (17.2%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

		Ao longo do serviço docente alguma vez contactou com crianças com PHDA?		
		Sim	Não	Total
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	Verdadeiro	134 (44.4%)	33 (28.2%)	167 (39.9%)
	Falso	6 (2%)	3 (2.6%)	9 (2.1%)
	Não Sei	162 (53.6%)	81 (69.2 %)	243 (58%)
	Total	302 (100%)	117 (100%)	419 (100%)

Anexo IV₃: Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, relativamente às afirmações de conhecimento geral da PHDA^a

Itens	Privado N	Público N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	p ^b
É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA	32	386	5732	80423	.40
A PHDA não é uma verdadeira perturbação clínica	32	386	5900	6428	.60
A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento académico nos primeiros anos escolares	32	386	5786	80477	.46
Não existe “cura” para a PHDA, apenas procura-se mantê-la dentro de limites que não se declarem gravosos para a pessoa, bem como para aqueles que com ela convivem	32	386	5648.5	6176.5	.36
A PHDA só afeta rapazes	32	386	5872	6400	.22
Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares desestruturados	32	386	5842	6370	.57
Uma criança que não seja excessivamente ativa ou mal comportada não pode ter PHDA	32	386	5395.5	5923.5	.12
Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico	32	386	5772	80463	.42
A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais	32	386	5904	6432	.29
Há características físicas específicas que podem ser identificadas pelos médicos (por exemplo, os pediatras) para a realização de um diagnóstico definitivo da PHDA	32	386	6029	80720	.81
O conhecimento atual acerca da PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de défice de atenção e outro que consiste na hiperatividade/impulsividade	32	386	5608	80299	.22
Esta perturbação desaparece com a idade	32	386	6002	80693	.75
As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta	32	386	6112	6640	.91
Crianças com PHDA normalmente experienciam mais problemas em situações novas do que em situações familiares	32	386	5390	5918	.19
É comum as crianças com PHDA terem um sentimento de grandiosidade e a sua autoestima elevada	32	386	5267.5	5795.5	.11

Tratamentos que se focam exclusivamente na punição têm sido mencionados como sendo os mais eficazes na redução dos problemas comportamentais associados à PHDA	32	386	6098	6626	.86
A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (por exemplo, pai e mãe) do que na população em geral	32	386	5826	6354	.54
Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto	32	386	5752	6280	.45

^aN = 418 (1 valor *missing*); ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₄: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação à etiologia da PHDA^a

Itens		C/experiência N ^(b)	S/experiência N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Problemas durante a gravidez (Ex: exposição pré-natal ao álcool e ao tabaco, parto prematuro, baixo significativo de peso ao nascer)	Sim	40 (41.8)	18 (16.2)	58	.32	.63	.56
	Não	262 (260.2)	99 (100.8)	361			
	Total	302	117	419			
Fatores associados ao funcionamento familiar (Ex: práticas educativas desajustadas)	Sim	46 (40.4)	10 (15.6)	56	3.25	.07	.07
	Não	256 (261.6)	107 (101.4)	363			
	Total	302	117	419			
Disfunções neurológicas	Sim	199 (198.2)	76 (76.8)	275	.03	.90	.85
	Não	103 (103.8)	41 (40.2)	144			
	Total	302	117	419			
Ingestão em excesso de açúcar e outros alimentos com aditivos	Sim	4 (4.3)	2 (1.7)	6	.08	.67	.76
	Não	298 (297.7)	115 (115.3)	413			
	Total	302	117	419			
Fatores genéticos	Sim	81 (80.7)	31 (31.3)	112	.00	1	.93
	Não	220 (220.3)	86 (85.7)	306			
	Total	301	117	418			
Demasiada televisão e videogames	Sim	12 (14.4)	8 (5.6)	20	1.52	.21	.21
	Não	290 (287.6)	109 (111.4)	399			
	Total	302	117	419			
Fatores ligados à escola e ao comportamento dos professores	Sim	0 (.7)	1 (.3)	1			

	Não	302 (301.3)	116 (116.7)	418	2.58	.27	.10
	Total	302	117	419			
Causas de natureza psicológica (Ex: ansiedade, problemas emocionais, dificuldades interpessoais)	Sim	218 (219.8)	87 (85.2)	305			
	Não	84 (82.2)	30 (31.8)	114	.20	.71	.65
	Total	302	117	419			
Outra	Sim	1 (1.4)	1 (.6)	2			
	Não	301 (300.6)	116 (116.4)	417	.48	.48	.48
	Total	302	117	419			

^aN = 419 (apenas 1 valor *missing* no item “fatores genéticos”); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₅: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação à etiologia da PHDA^a

Itens		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Problemas durante a gravidez (Ex: exposição pré-natal ao álcool e ao tabaco, parto prematuro, baixo significativo de peso ao nascer)	Sim	4 (4.4)	54 (53.6)	58			
	Não	28 (27.6)	332 (332.4)	360	.05	1	.81
	Total	32	386	418			
Fatores associados ao funcionamento familiar (Ex: práticas educativas desajustadas)	Sim	5 (4.2)	50 (50.8)	55			
	Não	27 (27.8)	336 (335.2)	363	.18	.59	.66
	Total	32	386	418			
Disfunções neurológicas	Sim	21 (21.1)	254 (253.9)	275			
	Não	11 (10.9)	132 (132.1)	143	.00	1	.98
	Total	32	386	418			
Ingestão em excesso de açúcar e outros alimentos com aditivos	Sim	0 (.5)	6 (5.5)	6			
	Não	32 (31.5)	380 (380.5)	412	.50	1	.47
	Total	32	386	418			
Fatores genéticos	Sim	6 (8.5)	105 (102.5)	111			
	Não	26 (23.5)	280 (282.5)	306	1.09	.40	.29
	Total	32	385	417			

Demasiada televisão e videogames	Sim	2 (1.5)	18 (18.5)	20			
	Não	30 (30.5)	368 (367.5)	398	.16	.65	.68
	Total	32	386	418			
Fatores ligados à escola e ao comportamento dos professores	Sim	0 (.1)	1 (.9)	1			
	Não	32 (31.9)	385 (385.1)	417	.08	1	.77
	Total	32	386	418			
Causas de natureza psicológica (Ex: ansiedade, problemas emocionais, dificuldades interpessoais)	Sim	26 (23.3)	279 (281.7)	305			
	Não	6 (8.7)	107 (104.3)	113	1.20	.30	.27
	Total	32	386	418			
Outra	Sim	0 (.2)	2 (1.8)	2			
	Não	32 (31.8)	384 (384.2)	416	.16	1	.68
	Total	32	339	418			

^aN = 418 (apenas 1 valor *missing* no item “fatores genéticos”); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₆: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação à sintomatologia da PHDA^a

Itens		C/formação N (^b)	S/formação N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Fala excessivamente	Sim	8 (8.7)	38 (37.3)	46			
	Não	71 (70.3)	300 (300.7)	371	.08	1	.77
	Total	79	338	417			
Não presta muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido	Sim	24 (20.2)	82 (85.8)	106			
	Não	56 (59.8)	257 (253.2)	313	1.15	.31	.28
	Total	80	339	419			
Tem dificuldade em permanecer sentado	Sim	31 (34.4)	149 (145.6)	180			
	Não	49 (45.6)	190 (193.4)	239	.71	.45	.39
	Total	80	339	419			
Evita ou não gosta de tarefas que exijam um esforço mental sustentado	Sim	14 (17.2)	76 (72.8)	90			
	Não	66 (62.8)	263 (266.2)	329	.92	.36	.21

	Total	80	339	419			
Atividade motora excessiva	Sim	36 (28.9)	115 (122.1)	151			
	Não	44 (51.1)	223 (215.9)	267	3.37	.07	.06
	Total	80	338	418			
Facilmente se distrai	Sim	28 (29.2)	125 (123.8)	153			
	Não	52 (50.8)	214 (215.2)	266	.09	.79	.75
	Total	80	339	419			
Interrompe ou interfere frequentemente com os outros	Sim	14 (15.5)	67 (65.5)	81			
	Não	66 (64.5)	272 (273.5)	338	.21	.75	.64
	Total	80	339	419			
Tem dificuldade em focar a atenção	Sim	46 (51.4)	223 (217.6)	269			
	Não	34 (28.6)	116 (121.4)	150	1.93	.19	.16
	Total	80	339	419			
Dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas	Sim	11 (9.9)	41 (42.1)	52			
	Não	69 (70.1)	298 (296.9)	367	.16	.70	.68
	Total	80	339	419			
Tem dificuldade com a organização e planificação das tarefas	Sim	27 (25.2)	105 (106.8)	132			
	Não	53 (54.8)	234 (232.2)	287	.23	.68	.63
	Total	80	339	419			
Outra	Sim	1 (.4)	1 (1.6)	2			
	Não	79 (79.6)	337 (336.4)	416	1.23	.34	.26
	Total	80	338	418			

^aN = 419 (apenas 1 valor *missing* nos itens “atividade motora excessiva” e “outra”; dois valores *missing* no item “fala excessivamente”); ^bvalores esperados; ^c $p < .05$ (bicaudal).

Anexo IV₇: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação à sintomatologia da PHDA^a

Itens		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Fala excessivamente	Sim	2 (3.5)	44 (42.5)	46			
	Não	30 (28.5)	340 (341.5)	370	.81	.55	.36
	Total	32	384	416			
Não presta muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido	Sim	10 (8.1)	96 (97.9)	106			
	Não	22 (23.9)	290 (288.1)	312	.63	.40	.42
	Total	32	386	418			
Tem dificuldade em permanecer sentado	Sim	12 (13.7)	167 (165.3)	179			
	Não	20 (18.3)	219 (220.7)	239	.40	.58	.52
	Total	32	386	418			
Evita ou não gosta de tarefas que exijam um esforço mental sustentado	Sim	6 (6.9)	84 (83.1)	90			
	Não	26 (25.1)	302 (266.2)	328	.15	.82	.69
	Total	32	386	418			
Atividade motora excessiva	Sim	12 (11.6)	139 (139.4)	151			
	Não	20 (20.4)	246 (245.6)	266	.02	.87	.85
	Total	32	385	417			
Facilmente se distrai	Sim	13 (11.7)	140 (141.3)	153			
	Não	19 (20.3)	246 (244.7)	265	.24	.70	.62
	Total	32	386	418			
Interrompe ou interfere frequentemente com os outros	Sim	2 (6.1)	78 (73.9)	80			
	Não	30 (25.9)	308 (312.1)	338	3.7	.06	.05
	Total	32	386	418			
Tem dificuldade em focar a atenção	Sim	25 (20.5)	243 (247.5)	268			
	Não	7 (11.5)	143 (138.5)	150	2.95	.12	.08
	Total	32	386	418			
Dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas	Sim	2 (4.0)	50 (48.0)	52			
	Não	30 (28.0)	336 (338.0)	366	1.21	.40	.27

	Total	32	386	418			
Tem dificuldade com a organização e planificação das tarefas	Sim	13 (10.1)	119 (121.9)	132			
	Não	19 (21.9)	267 (264.1)	286	1.31	.32	.25
	Total	32	386	418			
Outra	Sim	0 (.2)	2 (1.8)	2			
	Não	32 (31.8)	383 (383.2)	415	.16	1	.68
	Total	32	385	417			

^aN = 419 (apenas 1 valor *missing* nos itens “atividade motora excessiva” e “outra”; dois valores *missing* no item “fala excessivamente”); ^bvalores esperados; ^c $p < .05$ (bicaudal).

Anexo IV₈: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados à PHDA^a

Itens		C/formação N ^(b)	S/formação N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p^c
Considera comum a existência de outros problemas associados à PHDA?	Sim	73 (72.6)	307 (307.4)	80			
	Não	7 (7.4)	32 (31.6)	39	.03 ^d	1	.84
	Total	80	339	419			

^aN = 417 (2 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^c $p < .05$ (bicaudal).

Anexo IV₉: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados à PHDA^a

Itens		C/experiência N ^(b)	S/experiência N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p^c
Considera comum a existência de outros problemas associados à PHDA?	Sim	275 (99.6)	105 (106.1)	302			
	Não	27 (28.1)	12 (10.9)	117	.17	.70	.67
	Total	302	117	419			

^aN = 417 (2 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^c $p < .05$ (bicaudal).

Anexo IV₁₀: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação às comorbilidades/problemas associados à PHDA^a

Itens		Privado N (^b)	Público N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Considera comum a existência de outros problemas associados à PHDA?	Sim	28 (29.0)	351 (350.0)	379			
	Não	4 (3.0)	35 (36.0)	39	.41	.52	.52
	Total	32	379	418			

^aN = 417 (2 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₁: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados da PHDA^a

Itens		C/formação N (^b)	S/formação N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Considera comum a existência de outros problemas associados à PHDA?	Sim	7 (7.4)	32 (31.6)	39			
	Não	73 (72.6)	307 (307.4)	380	.03	1	.84
	Total	80	339	419			
Dificuldade na relação com os pares	Sim	42 (43.0)	182 (181.0)	224			
	Não	31 (30.0)	125 (126.0)	156	.07	.79	.78
	Total	73	307	380			
Pouca persistência e desmotivação escolar	Sim	64 (58.6)	241 (246.4)	305			
	Não	9 (14.4)	66 (60.6)	75	3.13	.10	.07
	Total	73	307	380			
Comportamentos de agressividade e oposição	Sim	40 (45.0)	194 (189.0)	234			
	Não	33 (28.0)	113 (118)	146	1.75	.22	.18
	Total	73	307	380			
Dificuldades de aprendizagem	Sim	64 (57.1)	233 (239.9)	297			
	Não	9 (15.9)	74 (67.1)	83	4.79	.02	.02
	Total	73	307	380			
Baixa autoestima	Sim	37 (30.4)	121 (127.6)	158			

	Não	36 (42.6)	186 (179.4)	222	3.08	.08	.07
	Total	73	307	380			
Profunda sensação de tristeza e falta de prazer em qualquer atividade	Sim	9 (8.1)	33 (33.9)	42			
	Não	64 (64.9)	274 (273.1)	338	.15	.68	.69
	Total	73	307	380			
Baixa popularidade entre os seus companheiros	Sim	20 (15.9)	63 (67.1)	83			
	Não	53 (57.1)	244 (239.9)	297	1.63	.21	.20
	Total	73	307	380			
Emissão de barulhos ou sons desadequados	Sim	29 (32.9)	142 (138.2)	171			
	Não	44 (40.2)	165 (168.9)	209	1.01	.36	.31
	Total	73	307	380			
Reatividade desproporcionada quando provocadas	Sim	37 (34.0)	140 (143.0)	177			
	Não	36 (39.0)	167 (164.0)	203	.61	.43	.43
	Total	73	307	380			
Facilmente sugestionáveis e exploradas pelos outros	Sim	5 (8.1)	37 (33.9)	42			
	Não	68 (64.9)	270 (273.1)	338	1.62	.29	.20
	Total	73	307	380			
Outros	Sim	0 (.6)	3 (2.4)	3			
	Não	73 (72.4)	304 (304.6)	377	.71	1	.39
	Total	73	380	380			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₂: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às comorbilidades/problemas associados da PHDA^a

Itens		C/experiência N (^b)	S/experiência N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Considera comum a existência de outros problemas associados à PHDA?	Sim	27 (28.1)	12 (10.9)	39			
	Não	275 (273.9)	105 (106.1)	380	.17	.70	.67

	Total	302	117	419			
Dificuldade na relação com os pares	Sim	156 (162.1)	68 (61.9)	224			
	Não	119 (112.9)	37 (43.1)	156	2.02	.16	.15
	Total	275	105	380			
Pouca persistência e desmotivação escolar	Sim	228 (220.7)	77 (84.3)	305			
	Não	47 (54.3)	28 (20.7)	75	4.39	.04	.03
	Total	275	105	380			
Comportamentos de agressividade e oposição	Sim	174 (169.3)	60 (64.7)	234			
	Não	101 (105.7)	45 (40.3)	146	1.20	.29	.27
	Total	275	105	380			
Dificuldades de aprendizagem	Sim	217 (214.9)	80 (82.1)	297			
	Não	58 (60.1)	25 (22.9)	83	.32	.58	.56
	Total	275	105	380			
Baixa autoestima	Sim	119 (114.3)	39 (43.7)	158			
	Não	156 (160.7)	66 (61.3)	222	1.17	.29	.27
	Total	275	105	380			
Profunda sensação de tristeza e falta de prazer em qualquer atividade	Sim	30 (30.4)	12 (11.6)	42			
	Não	245 (244.6)	93 (93.4)	338	.02	.85	.88
	Total	275	105	380			
Baixa popularidade entre os seus companheiros	Sim	58 (60.1)	25 (22.9)	83			
	Não	217 (214.9)	80 (82.1)	297	.32	.58	.56
	Total	275	105	380			
Emissão de barulhos ou sons desadequados	Sim	128 (123.8)	43 (47.3)	171			
	Não	147 (151.3)	62 (57.8)	209	.96	.35	.32
	Total	275	105	380			
Reatividade desproporcionada quando provocadas	Sim	121 (128.1)	56 (48.9)	177			
	Não	154 (146.9)	49 (56.1)	203	2.66	.10	.10
	Total	275	105	380			
Facilmente sugestionáveis e exploradas pelos outros	Sim	30 (30.4)	12 (11.6)	42			

	Não	245 (244.6)	93 (93.4)	338	.02	.85	.88
	Total	275	105	380			
Outros	Sim	1 (2.2)	2 (.8)	3			
	Não	274 (272.8)	103 (104.2)	377	2.30	.18	.12
	Total	275	105	380			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₃: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação às comorbilidades/problemas associados da PHDA^a

Itens		Privado N (^b)	Público N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Considera comum a existência de outros problemas associados à PHDA?	Sim	4 (3.0)	35 (36.0)	39			
	Não	28 (29.0)	351 (350)	379	.41	.52	.52
	Total	32	386	418			
Dificuldade na relação com os pares	Sim	14 (16.5)	209 (206.5)	223			
	Não	14 (11.5)	142 (144.5)	156	.97	.32	.32
	Total	28	351	379			
Pouca persistência e desmotivação escolar	Sim	25 (22.5)	279 (281.5)	304			
	Não	3 (5.5)	72 (69.5)	75	1.56	.32	.21
	Total	28	351	379			
Comportamentos de agressividade e oposição	Sim	15 (17.3)	219 (216.7)	234			
	Não	13 (10.7)	132 (134.3)	145	.85	.42	.35
	Total	28	351	379			
Dificuldades de aprendizagem	Sim	24 (21.9)	272 (274.1)	296			
	Não	4 (6.1)	79 (76.9)	83	1.02	.47	.31
	Total	28	351	379			
Baixa autoestima	Sim	18 (11.7)	140 (146.3)	158			
	Não	10 (16.13)	211 (204.7)	221	6.35	.01	.01
	Total	28	351	379			
Profunda sensação de tristeza e falta de prazer em qualquer	Sim	3 (3.1)	39 (38.9)	42			

atividade	Não	25 (24.9)	312 (312.1)	337	.00	1	.94
	Total	28	351	379			
Baixa popularidade entre os seus companheiros	Sim	6 (6.1)	77 (76.9)	83			
	Não	22 (22.1)	274 (274.1)	296	.00	1	.85
	Total	28	351	379			
Emissão de barulhos ou sons desadequados	Sim	11 (12.6)	159 (157.4)	170			
	Não	17 (15.4)	192 (193.6)	209	.37	.56	.53
	Total	28	351	379			
Reatividade desproporcionada quando provocadas	Sim	12 (13.0)	164 (163)	176			
	Não	16 (15.0)	187 (188)	203	.15	.84	.69
	Total	28	351	379			
Facilmente sugestionáveis e exploradas pelos outros	Sim	5 (3.1)	37 (38.9)	42			
	Não	23 (24.9)	314 (312.1)	337	1.40	.21	.23
	Total	28	351	379			
Outros	Sim	0 (.2)	3 (2.8)	3			
	Não	28 (27.2)	348 (348.2)	376	.24	1	.62
	Total	28	351	379			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₄: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação à sinalização da PHDA^a

Itens		C/formação N (^b)	S/formação N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Já sinalizou alguma criança com PHDA?	Sim	29 (26.1)	109 (111.9)	138			
	Não	50 (52.9)	229 (226.1)	279	.57	.50	.44
	Total	79	338	417			

^aN = 417 (2 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₅: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação à sinalização da PHDA^a

Itens		C/experiência N ^(b)	S/experiência N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Já sinalizou alguma criança com PHDA?	Sim	131 (99.6)	7 (38.4)	138			
	Não	170 (201.4)	109 (77.6)	279	53.1	.00	.00
	Total	301	116	417			

^aN = 417 (2 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₆: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação à sinalização da PHDA^a

Itens		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Já sinalizou alguma criança com PHDA?	Sim	16 (10.6)	122 (127.4)	138			
	Não	16 (21.4)	262 (256.6)	378	4.42	.04	.03
	Total	32	384	416			

^aN = 416 (3 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₇: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação ao preenchimento de escalas da PHDA^a

Itens		C/formação N ^(b)	S/formação N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Em alguma ocasião preencheu alguma escala para identificação de uma criança com PHDA?	Sim	30 (22.1)	86 (93.9)	116			
	Não	50 (57.9)	253 (245.1)	303	4.75	.03	.02
	Total	80	339	419			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₈: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação ao preenchimento de escalas da PHDA^a

Itens		C/experiência N ^(b)	S/experiência N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Em alguma ocasião preencheu alguma escala para identificação de uma criança com PHDA?	Sim	104 (83.6)	12 (32.4)	116			
	Não	198 (218.4)	105 (84.6)	303	24.6	.00	.00
	Total	302	117	419			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Anexo IV₁₉: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação ao preenchimento de escalas da PHDA^a

Itens		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Em alguma ocasião preencheu alguma escala para identificação de uma criança com PHDA?	Sim	14 (8.9)	102 (107.1)	116			
	Não	18 (23.1)	284 (278.9)	302	4.42	.04	.03
	Total	32	386	418			

^aN = 418 (1 valor *missing*); ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₀: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (contexto) da PHDA^a

Itens	C/formação N (%)	S/formação N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Apresentar os sintomas de forma persistente em apenas dois contextos (casa/escola/ambientes sociais)	1 (1.3)	10 (2.9)	11			
Apresentar os sintomas de forma persistente em apenas um contexto (casa/escola/ambientes sociais)	1 (1.3)	12 (3.5)	13	12945	70575	.50
Apresentar os sintomas de forma persistente em todos os contextos	60 (75)	240 (70.8)	300			

(casa/escola/ambientes sociais)			
Apresentar os sintomas de forma persistente em pelo menos dois contextos (escola/casa e/ou ambientes sociais)	18 (22.5)	77 (22.7)	95
Total	80	339	419

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₁: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (contexto) da PHDA^a

Itens	C/experiência N (%)	S/experiência N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Apresentar os sintomas de forma persistente em apenas dois contextos (casa/escola/ambientes sociais)	9 (3)	2 (1.8)	11			
Apresentar os sintomas de forma persistente em apenas um contexto (casa/escola/ambientes sociais)	9 (3)	4 (3.4)	13			
Apresentar os sintomas de forma persistente em todos os contextos (casa/escola/ambientes sociais)	217 (71.8)	83 (70.9)	300	16918.5	62671.5	.47
Apresentar os sintomas de forma persistente em pelo menos dois contextos (escola/casa e/ou ambientes sociais)	67 (22.2)	28 (23.9)	95			
Total	302	117	419			

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₂: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos critérios de diagnóstico (contexto) da PHDA^a

Itens	Privado N (%)	Público N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Apresentar os sintomas de forma persistente em apenas dois contextos (casa/escola/ambientes sociais)	1 (3.1)	10 (2.6)	11			
Apresentar os sintomas de forma persistente em apenas um contexto (casa/escola/ambientes sociais)	4 (12.5)	9 (2.3)	13	5925.5	6453.5	.68
Apresentar os sintomas de forma persistente em todos os contextos (casa/escola/ambientes sociais)	19 (59.4)	280 (72.6)	299			
Apresentar os sintomas de forma persistente em pelo menos dois contextos (escola/casa e/ou ambientes sociais)	8 (25)	87 (22.5)	95			
Total	32	386	418			

^aN = 418 (1 valor *missing*); ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₃: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas) da PHDA^a

Itens	C/formação N (%)	S/formação N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Permanecer há menos de 6 meses	7 (8.7)	21 (6.2)	28			
Permanecer há mais de 12 meses	16 (20)	81 (23.9)	97			
Permanecer há pelo menos 6 meses	30 (37.5)	144 (42.5)	174	12866.5	70157.5	.44
Permanecer há pelo menos 12 meses	27 (33.8)	93 (27.4)	120			
Total	80	339	419			

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₄: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas) da PHDA^a

Itens	C/experiência N (%)	S/experiência N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Permanecer há menos de 6 meses	20 (6.6)	8 (6.8)	28			
Permanecer há mais de 12 meses	73 (24.2)	24 (20.5)	97			
Permanecer há pelo menos 6 meses	125 (41.4)	49 (41.9)	174	15578	22364	.04
Permanecer há pelo menos 12 meses	84 (27.8)	36 (30.8)	120			
Total	302	117	419			

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₅: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos critérios de diagnóstico (persistência dos sintomas) da PHDA^a

Itens	Privado N (%)	Público N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Permanecer há menos de 6 meses	2 (6.2)	25 (6.5)	27			
Permanecer há mais de 12 meses	7 (21.9)	90 (23.3)	97			
Permanecer há pelo menos 6 meses	16 (50)	158 (40.9)	174	5979.5	6507.5	.75
Permanecer há pelo menos 12 meses	7 (21.9)	113 (29.3)	120			
Total	32	386	418			

^aN = 418 (1 valor omissivo); ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₆: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação aos critérios de diagnóstico (idade) da PHDA^a

Itens	C/formação N (%)	S/formação N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Ter início antes dos 3 anos de idade	19 (23.8)	93 (27.5)	112			
Ter início antes dos 7 anos de idade	48 (60)	198 (58.6)	246			

Ter início aos 8 anos de idade	2 (2.5)	5 (1.5)	7	12866.5	70157.5	.44
Ter início depois dos 7 anos de idade	11 (13.8)	42 (12.4)	53			
Total	80	338	418			

^aN = 418 (1 valor *missing*); ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₇: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos critérios de diagnóstico (idade) da PHDA^a

Itens	Privado N (%)	Público N (%)	Total	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
Ter início antes dos 3 anos de idade	9 (6.2)	103 (6.5)	112			
Ter início antes dos 7 anos de idade	19 (21.9)	226 (23.3)	245			
Ter início aos 8 anos de idade	1 (50)	6 (40.9)	7	5979.5	6507.5	.75
Ter início depois dos 7 anos de idade	3 (21.9)	50 (29.3)	53			
Total	32	385	417			

^aN = 417 (2 valores *missing*); ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₈: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação aos intervenientes no diagnóstico da PHDA^a

Itens		C/experiência N (^b)	S/experiência N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Professor	Sim	260 (256.6)	96 (99.4)	356			
	Não	42 (45.4)	21 (17.6)	63	1.07	.29	.29
	Total	302	117	419			
Psicólogo	Sim	288 (286.9)	110 (111.1)	398			
	Não	14 (15.1)	7 (5.9)	21	.32	.61	.57
	Total	302	117	419			
Professor de Educação Especial	Sim	216 (214.1)	81 (82.9)	297			
	Não	86 (87.9)	36 (34.1)	122	.21	.63	.64

	Total	302	117	419			
Médico de família	Sim	106 (115.3)	54 (44.7)	160			
	Não	196 (186.7)	63 (72.3)	259	4.36	.04	.03
	Total	302	117	419			
Pediatra	Sim	202 (199.7)	75 (77.3)	277			
	Não	100 (102.3)	42 (39.7)	142	.29	.64	.58
	Total	302	117	419			
Pais	Sim	244 (242.9)	93 (94.1)	337			
	Não	58 (59.1)	24 (22.9)	82	.09	.78	.76
	Total	302	117	419			
Neurologista	Sim	138 (136.4)	51 (52.6)	189			
	Não	163 (164.6)	65 (63.4)	228	.12	.74	.72
	Total	301	116	417			
Outros	Sim	9 (6.5)	0 (2.5)	9			
	Não	292 (294.5)	117 (114.5)	409	3.57	.06	.05
	Total	301	117	418			

^aN = 419 (apenas 2 valores *missing* no item “Neurologista” e 1 no item “Outros”); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₂₉: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação aos intervenientes no diagnóstico da PHDA^a

Ítems		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Professor	Sim	25 (27.3)	331 (328.7)	356			
	Não	7 (4.7)	55 (57.3)	62	1.36	.29	.24
	Total	32	386	418			
Psicólogo	Sim	31 (30.4)	366 (366.6)	397			
	Não	1 (1.6)	20 (19.4)	21	.26	1	.60
	Total	32	386	418			
Professor de Educação Especial	Sim	22 (22.7)	274 (273.3)	296			

	Não	10 (9.3)	112 (112.7)	122	.07	.78	.84
	Total	32	386	418			
Médico de família	Sim	3 (12.2)	157 (147.8)	160			
	Não	29 (19.8)	229 (238.2)	258	12.25	.00	.00
	Total	32	386	418			
Pediatra	Sim	19 (21.1)	257 (254.9)	276			
	Não	13 (10.9)	129 (131.1)	142	.68	.44	.40
	Total	32	386	418			
Pais	Sim	23 (25.8)	314 (311.2)	337			
	Não	9 (6.2)	72 (74.8)	81	1.69	.24	.19
	Total	32	386	418			
Neurologista	Sim	11 (14.5)	177 (173.5)	188			
	Não	21 (17.5)	207 (210.5)	228	1.63	.26	.20
	Total	32	384	416			
Outros	Sim	1 (.7)	8 (8.3)	9			
	Não	31 (31.3)	377 (376.7)	408	.00	1	.85
	Total	32	385	417			

^aN = 418 (apenas 2 valores *missing* no item “Neurologista” e 1 no item “Outros”); ^bvalores esperados; ^c $p < .05$ (bicaudal).

Anexo IV₃₀: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação ao encaminhamento (especialistas) da PHDA^a

Itens		C/formação N (^b)	S/formação N (^b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p^c
Na suspeita de um caso de PHDA na sua sala de aula alguma vez aconselhou o apoio de algum técnico aos pais ou à direção da escola?	Sim	43 (40.5)	169 (171.5)	212			
	Não	37 (39.5)	170 (167.5)	207	.39	.53	.53
	Total	80	339	419			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^c $p < .05$ (bicaudal).

Anexo IV₃₁: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação ao encaminhamento (especialistas) da PHDA^a

Itens		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Na suspeita de um caso de PHDA na sua sala de aula alguma vez aconselhou o apoio de algum técnico aos pais ou à direção da escola?	Sim	20 (16.2)	192 (195.8)	212	1.92	.19	.16
	Não	12 (15.8)	194 (190.2)	206			
	Total	32	386	418			

^aN = 418 (1 valores *missing*); ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₂: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação ao encaminhamento (especialistas) da PHDA^a

Itens		C/experiência N ^(b)	S/experiência N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Na suspeita de um caso de PHDA na sua sala de aula alguma vez aconselhou o apoio de algum técnico aos pais ou à direção da escola?	Sim	179 (152.8)	33 (59.2)	212	32.56	.00	.00
	Não	123 (149.2)	84 (57.8)	207			
	Total	302	117	419			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₃: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação ao encaminhamento (entidades externas) da PHDA^a

Itens		C/formação N ^(b)	S/formação N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	p ^c
Tem conhecimento de algum Centro especializado em PHDA nos Açores?	Sim	27 (20.8)	82 (88.2)	109	3.07	.08	.08
	Não	53 (59.2)	257 (250.8)	310			
	Total	80	339	419			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^cp < .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₄: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação ao encaminhamento (entidades externas) da PHDA^a

Itens		C/experiência N ^(b)	S/experiência N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Tem conhecimento de algum Centro especializado em PHDA nos Açores?	Sim	90 (78.6)	19 (30.4)	109			
	Não	212 (223.4)	98 (86.6)	310	8.05	.00	.00
	Total	302	117	419			

^aN = 419; ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₅: Frequência e Testes Chi-Square - Diferenças entre os docentes do ensino privado e público, em relação ao encaminhamento (entidades externas) da PHDA^a

Itens		Privado N ^(b)	Público N ^(b)	Total	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test	<i>p</i> ^c
Tem conhecimento de algum Centro especializado em PHDA nos Açores?	Sim	6 (8.3)	103 (100.7)	109			
	Não	26 (23.7)	283 (285.3)	309	.96	.40	.32
	Total	32	384	418			

^aN = 418 (1 valor *missing*); ^bvalores esperados; ^c*p* < .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₆: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem formação específica em PHDA, em relação às práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA^a

Itens	N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
C/formação	80			
Modificações pedagógicas				
S/formação	339	13062	16302	.60
Modificações pedagógicas				
Total	419			
C/formação	80			
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais				
S/formação	339	11890.5	69520.5	.08
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais				

Total	419			
C/formação	80			
Medidas de apoio educativo e/ou educação especial		12610.5	70240.5	.32
S/formação	339			
Medidas de apoio educativo e/ou educação especial				
Total	419			
C/formação	80			
Tratamento farmacológico		13334.5	16574.5	.80
S/formação	339			
Tratamento farmacológico				
Total	419			

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₇: Frequência e Teste Mann-Whitney - Diferenças entre os docentes com e sem experiência de ensino a alunos com PHDA, em relação às práticas educativas na intervenção de alunos com PHDA ^a

Itens	N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	<i>p</i> ^b
C/experiência	302			
Modificações pedagógicas				
S/experiência	117	17393	63146	.80
Modificações pedagógicas				
Total	419			
C/experiência	302			
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais				
S/experiência	117	16910.5	23813.5	.49
Estratégias comportamentais/cognitivo-comportamentais				
Total	419			
C/experiência	302			
Medidas de apoio educativo e/ou educação especial				
S/experiência	117	16186.5	61939.5	.18
Medidas de apoio educativo e/ou educação especial				
Total	419			
C/experiência	302			
Tratamento farmacológico				
S/experiência	117	17311	24214	.73
Tratamento farmacológico				
Total	419			

^aN = 419; ^b< .05 (bicaudal).

Anexo IV₃₈: Descrição da amostra tratada com medicação

Medicação		N	%
Amostra total (n = 105)	Sim	63	60
	Não	41	39
	Valores omissos	1	1
PHDA-D (n = 40)	Sim	25	62.5
	Não	15	37.5
PHDA-H/I (n = 10)	Sim	7	70
	Não	3	30
PHDA-C (n = 46)	Sim	27	58.7
	Não	19	41.3