

Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação – Universidade de Coimbra

**Representações acerca da
Perturbação de Hiperactividade e
Défice de Atenção**

Ana Rita Pinheiro Júlio

COIMBRA – 2009

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA
EDUCAÇÃO – UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Representações acerca da
Perturbação de Hiperactividade e
Défice de Atenção**

Ana Rita Pinheiro Júlio

Dissertação de Mestrado em
Psicologia, área de especialização em
Psicologia Pedagógica apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade de
Coimbra e realizada sob a orientação
da Doutora Cristina Petrucci
Albuquerque.

COIMBRA – 2009

AGRADECIMENTOS

À Professora Cristina Petrucci Albuquerque, minha orientadora, tenho a agradecer toda a motivação, sugestões e críticas essenciais para concretizar este trabalho. Agradeço ainda a disponibilidade, o interesse e a simpatia com que sempre me recebeu e que tanto me ajudaram a não desistir deste projecto e levá-lo até ao fim.

Às restantes professoras de mestrado agradeço toda a motivação e transmissão de conhecimentos essenciais para a realização desta investigação.

Às Escolas e Instituições que participaram neste estudo, agradeço a possibilidade e oportunidade de aplicar o questionário. Agradeço aos professores e restantes técnicos, a disponibilidade e tempo que dispensaram a colaborar neste estudo. Sem eles, não seria possível.

Agradeço em especial às colegas Elsa Rodrigues e Sofia Vicente e às professoras Cláudia Féteira, Otília Mota, Patrícia Fonseca e Micaela Faria que muito me ajudaram no estabelecimento de contacto com as diferentes escolas e instituições e na concretização da amostra recolhida.

Às crianças, respectivas famílias e professores que tenho acompanhado ao longo da minha, ainda curta, experiência profissional e que me despertaram para algumas das questões que estiveram na origem do presente estudo.

À turma de Mestrado, pela troca de ideias e experiências que tanto contribuíram para que fosse um ano em que muito aprendi. Em especial ao Pedro, que sempre foi estando presente, por telefone ou por e-mail, nunca se esqueceu de me apoiar.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, obrigada pelo carinho, amizade e muita força que sempre me deram para não esquecer este projecto. Em especial à Sofia, Cristina e Elsa, colegas de curso, de profissão e amigas da vida, que tanto apoio me transmitiram. Agradeço ainda às minhas colegas Ângela, Anabela e Flávia, que há tão pouco surgiram na minha vida e que tão importantes foram para este projecto ser concretizado.

À minha família, o meu pilar e minha força, agradeço o apoio, amizade, e sobretudo compreensão das minhas ausências ao longo destes últimos meses.

À minha irmã, Sandra, agradeço os conselhos e apoio que me foram “obrigando” a não esquecer este projecto. Também ao restante agregado, pelos jantares e saídas que tanto me ajudaram a desanuviar em dias de maior aperto.

Aos meus pais agradeço tudo o que sou hoje. Ao meu pai, a amizade e compreensão com que sempre pude contar. Agradeço ainda as horas de *babysitting*, pois sem elas nunca teria conseguido concretizar todos os meus projectos. À minha mãe, pela prova de vida que me deu e que sempre me inspirou a lutar como eu sempre a vi lutar.

Ao meu Cafôfo, pelo carinho, amizade, disponibilidade, companhia e muito amor que sem dúvida permitiram concretizar este trabalho. Porque sempre acreditou e fez-me acreditar que tudo isto valia a pena. Agradeço por seres o melhor marido e pai do Mundo!

Ao meu filho, Afonso, o principal responsável por esta tese só surgir agora, mas essencial para que ela “de facto” surgisse. Agradeço as noites bem dormidas, os riscos nos papéis importantes, e os beijinhos ao ir deitar que sempre me deram força para continuar a trabalhar. Contigo tudo ganhou outro sentido, outra importância. Por ti, tudo valeu a pena.

A todos

O meu profundo Obrigada

ÍNDICE

RESUMO

I – INTRODUÇÃO	I
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
2.1 – Evolução do Conceito	1
2.2 – A Natureza da PHDA	3
2.3 – Etiologia	7
2.4 – Prevalência e Representações	19
2.4.1 – Estudos Internacionais	20
2.4.1.1 – Estudos Internacionais acerca das Percepções	22
2.4.2 – Estudos Portugueses	41
2.5. – Formas de Intervenção	47
2.5.1 – Intervenções ao nível Escolar	48
2.5.2 – Intervenção ao nível Familiar	53
2.5.3 – Intervenção ao nível Farmacológico	54
2.5.4 – Considerações acerca das Formas de Intervenção	57
III – OBJECTIVOS DO ESTUDO	61
IV – MÉTODO	64
4.1 – Amostra	64
4.1.1 – Selecção da Amostra	64
4.1.2 – Caracterização da Amostra	64
4.2 – Instrumento	67
4.2.1 – Composição e Elaboração	67
4.2.2 – Aplicação	70
V – RESULTADOS	72
VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
VII – CONCLUSÕES	116
REFERÊNCIAS	120

ANEXO

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1</i> – Análise descritiva da caracterização do grupo de professores de ensino regular	66
<i>Tabela 2</i> – Análise descritiva da caracterização do grupo de professores de educação especial	66
<i>Tabela 3</i> – Análise descritiva da caracterização do grupo de psicólogos	67
<i>Tabela 4</i> – Análise descritiva da caracterização do grupo de profissionais de outras categorias	67
<i>Tabela 5</i> – Análise descritiva da Frequência de contacto em função da Experiência Profissional	73
<i>Tabela 6</i> – Análise descritiva da Frequência de contacto em função da Actividade Profissional	74
<i>Tabela 7</i> – Análise descritiva da Gravidade em função da Actividade Profissional	75
<i>Tabela 8</i> – Análise descritiva da Gravidade em função da Experiência Profissional	75
<i>Tabela 9</i> – Estatísticas descritivas dos diferentes sintomas de PHDA	77
<i>Tabela 10</i> – Média da gravidade atribuída a cada sintoma em função da Experiência Profissional	78
<i>Tabela 11</i> – Análise descritiva do valor total da lista de sintomas	79
<i>Tabela 12</i> – Análise descritiva das Causas da PHDA em função da Actividade Profissional	81
<i>Tabela 13</i> – Média dos anos de experiência em função das causas explicativas da ocorrência da PHDA	82
<i>Tabela 14</i> – Média da frequência de Contacto em função das causas explicativas da ocorrência da PHDA	82
<i>Tabela 15</i> – Estatísticas descritivas da eficácia atribuída a cada uma das formas de intervenção na PHDA	83
<i>Tabela 16</i> – Médias do grau de eficácia nas formas de intervenção segundo a experiência profissional	84
<i>Tabela 17</i> – Análise descritiva da preferência de um Profissional Externo em função da Actividade Profissional do inquirido	86

<i>Tabela 18</i> – Médias da Experiência Profissional em função do Profissional Externo que recomendaria	86
<i>Tabela 19</i> – Análise descritiva da recomendação de profissionais em função da experiência profissional	87
<i>Tabela 20</i> – Análise descritiva da recomendação de profissionais em função da categoria profissional	88
<i>Tabela 21</i> – Análise descritiva dos níveis de concordância com a Intervenção Farmacológica em função da experiência profissional	90
<i>Tabela 22</i> – Níveis de correlação entre a gravidade atribuída a cada sintoma e a concordância com a Intervenção Farmacológica.	92
<i>Tabela 23</i> – Análise descritiva dos níveis de concordância com a Intervenção farmacológica em função da actividade profissional.	93
<i>Tabela 24</i> – Análise descritiva das médias de concordância com a Intervenção Farmacológica em função das causas da PHDA.	93
<i>Tabela 25</i> – Análise descritiva da Recomendação da Intervenção Farmacológica em função das categoria profissional da PHDA.	94
<i>Tabela 26</i> – Análise descritiva da Recomendação da Intervenção Farmacológica em função da experiência profissional	95
<i>Tabela 27</i> – Estatísticas descritivas da eficácia atribuída a cada uma das práticas educativas	96
<i>Tabela 28</i> – Práticas educativas segundo a categoria de experiência profissional	97
<i>Tabela 29</i> – Média de anos de experiência profissional para cada prática educativa recomendada	99
<i>Tabela 30</i> – Média de frequência de contacto para cada prática educativa recomendada	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1</i> – Percentagem das Actividades	65
<i>Gráfico 2</i> – Percentagens das causas explicativas da PHDA	80
<i>Gráfico 3</i> – Percentagem de preferência do profissional externo à família	85
<i>Gráfico 4</i> – Percentagem do profissional externo recomendado	88
<i>Gráfico 5</i> – Percentagem dos níveis de concordância face à intervenção farmacológica	90
<i>Gráfico 6</i> – Percentagens das práticas educativas recomendadas	98

RESUMO

O presente estudo pretende analisar as percepções que uma amostra (N=110) de técnicos portugueses, 85 professores de ensino regular, 10 professores de educação especial, 8 psicólogos e 7 técnicos que não se inseriam em nenhuma das categorias propostas, possui acerca da PHDA. Nesse sentido, foi construído um questionário para clarificar a Frequência de contacto com a perturbação, a Gravidade atribuída de uma forma geral e em particular a cada um dos itens de uma lista de sintomas, as Causas que lhe são atribuídas e a Eficácia das diferentes formas de intervenção (em particular, Profissionais externos, Práticas Educativas e Intervenção Farmacológica).

Dos resultados encontrados, verificou-se que 99,1% da amostra já teve contacto com esta perturbação, sendo que a maioria (53,6%) considera esta perturbação grave. De uma forma geral, verificou-se uma preferência para a atribuição desta perturbação a factores biológicos, no entanto, uma percentagem considerável referiu factores sem sustentação científica.

Verificou-se que a grande maioria tende a concordar de uma forma não discriminada com as diferentes formas de intervenção, sendo que o profissional externo preferido para lidar com esta perturbação foi o Psicólogo. Constatou-se ainda que a experiência profissional e o contacto prévio com esta perturbação estavam associados com os aconselhamentos a profissionais externos, a práticas educativas e o recurso à intervenção farmacológica. No que diz respeito à concordância com esta última forma de intervenção, verifica-se que esta estaria relacionada de forma significativa com o contacto prévio com PHDA, mas não tanto com a experiência profissional. É ainda de referir que, apesar de se verificar que profissionais que referiram causas não biológicas evidenciaram elevados níveis de concordância com este tipo de intervenção, a grande maioria dos respondentes (78,2%) referiu nunca ter optado por aconselhar a intervenção com fármacos.

ABSTRACT

The current survey intends to analyse the perceptions about ADHD of a sample (N=110) of portuguese professionals, 85 regular education teachers', 10 special education teachers', 8 psychologists and 7 professionals which did not belong to any of the previous categories. In that way, a questionnaire was built to clarify the frequency of contact with the disorder, the general and particular severity of the listed symptoms, the causes assigned to it and the efficiency of the different intervention approaches (in particular, external professionals, educational practices and pharmacological intervention).

The results showed that 99,1% of the sample has had contact with this disorder, and most of them (53,6%) consider it severe. In general, this disorder was assigned mainly to

biological factors, although a considerable percentage considered factors without scientific support.

The great majority tends to agree in a non discriminatory way with the several intervention approaches, and the Psychologist is the preferred external professional to deal with this disorder. The professional experience and the previous contact with the disorder revealed themselves to be associated with external professional referrals, educational practices and the resource to pharmacological intervention. The approval of this last form of intervention was significantly related to the previous contact with ADHD, but not as much with professional experience. It should also be noted that although one verifies that the professionals that referred non biological causes showed high levels of agreement with this kind of intervention, the great majority of the sample (78,2%) referred to have never opted to recommend intervention with drugs.

RÉSUMÉ

Ce travail prétend analyser les perceptions qu'un groupe (N=110) de professionnels portugais, 85 professeurs de l'enseignement normal, 10 professeurs d'éducation spéciale, 8 psychologues et 7 professionnels, qui n'étaient inclus en aucune des catégories proposées, possède à propos du TDAH. Alors, on a construit un questionnaire afin de clarifier la Fréquence de contact avec la perturbation, la Gravité attribuée d'une forme générale et en particulier à chacun des points d'une liste de symptômes, les Causes qui lui sont attribuées et l'Efficacité des différentes formes d'intervention (en particulier, professionnels externes, Pratiques Éducatives et l'Intervention Pharmacologique.)

Des résultats trouvés, on a vérifié que 99,1% du groupe a déjà pris contact avec cette perturbation, la majorité (53%) considère cette perturbation grave. D'une forme générale, on a vérifié une préférence pour l'attribution de cette perturbation à des facteurs biologiques, cependant, un pourcentage considérable a mentionné des facteurs sans fondement scientifique.

On a vérifié que la plus grande partie concorde d'une manière indétailée avec les différentes formes d'intervention, le professionnel externe préféré pour travailler avec cette perturbation étant le Psychologue. On a constaté aussi que l'expérience professionnelle et le contact préalable avec cette perturbation seraient associés avec les conseils de professionnels externes, les pratiques éducatives et le recours à l'intervention pharmacologique. En ce qui concerne l'accord avec cette dernière forme d'intervention, on vérifie que celle-ci serait mise en relation de forme significative avec un contact préalable avec le TDAH et pas vraiment avec l'expérience professionnelle. Il faut également mentionner, que même après avoir vérifié que les professionnels qui ont mentionné des causes non biologiques ont mis en évidence de grands

niveaux de concordance avec ce type d'intervention, la grande majorité des représentants (78,2%) a révélé ne jamais avoir opté pour le conseil d'une intervention pharmacologique.

I – INTRODUÇÃO

As considerações a seguir apresentadas apoiam-se numa revisão da literatura existente sobre a prevalência, gravidade, etiologia e formas de intervenção com crianças com um conjunto de sintomas, classificados como Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), podemos caracterizar PHDA como um padrão persistente de dificuldades no controlo da atenção e/ou impulsividade-hiperactividade.

Para que o diagnóstico seja feito, o DSM-IV-TR (op. cit.) exige que os sintomas referidos tenham persistido por, pelo menos, seis meses, em grau desadaptativo e que sejam inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança. Exige também que alguns dos sintomas tenham surgido antes dos 7 anos de idade e que comprometam pelo menos duas áreas, entre escola, trabalho e casa.

Apesar desta delimitação de critérios, a definição da PHDA encontra-se ainda longe de atingir a unanimidade de opiniões no que diz respeito ao facto deste distúrbio ser visto como uma doença mental, tal como prevêem os principais manuais de classificação psiquiátrica (Fonseca, 1998).

A principal razão para esta disparidade de concepções, assenta no facto deste distúrbio ainda enfrentar algumas dificuldades ao nível da sua definição, etiologia e identificação de uma forma de intervenção privilegiada para esta perturbação (Danckaerts e Taylor, 1995; Rebelo, 1986).

Segundo Pelham, Wheeler e Chronis (1998), torna-se fundamental conhecer as crenças que pais e técnicos têm acerca desta perturbação e suas formas de intervenção, pois só identificando possíveis obstáculos, os poderemos contornar e assim promover um incremento da eficácia da nossa actuação junto das famílias com esta perturbação.

Dados apontam para o facto de os professores serem responsáveis por cerca de 75% das referências para a intervenção ao nível da educação especial (Loyd et al., 1991, cit. por Sciutto et al., 2004) sendo frequentemente referidos como o meio de informação do comportamento criança mais valioso (Loeber e tal., 1990, cit. por Sciutto et al., 2004).

Cientes da importância destes profissionais no processo de referência e diagnóstico das crianças com PHDA, importa analisar e compreender as suas diferentes

percepções, uma vez que qualquer enviesamento das mesmas poderá conduzir a importantes consequências quer para a criança quer para o contexto escolar (Melo, 2003; Ramirez & Shapiro, 2005; Sciutto et al., 2004).

É nesse sentido que surge o presente trabalho, cujo principal objectivo reside em clarificar as percepções que uma amostra de técnicos portugueses tem acerca destas questões, parindo-se, para esse efeito, de uma revisão da literatura de forma a identificar o que já foi escrito e investigado acerca dos aspectos em análise.

Sendo assim, numa primeira secção dessa mesma revisão será feita uma delimitação do conceito, evidenciando a evolução do mesmo e evidenciando as disparidades ainda hoje existentes nos principais manuais de diagnóstico.

De seguida, será esclarecida a natureza da PHDA enquanto perturbação psiquiátrica legítima, com carácter prejudicial, evidenciando as diferentes controvérsias que têm envolvido a compreensão desta manifestação comportamental.

Na secção seguinte, serão apresentadas as diferentes linhas de explicação da etiologia desta Perturbação. Assim, serão apresentadas as possibilidades que dispõem de suporte ao nível da investigação, e as que apesar de não possuírem sustentação científica poderão estar presentes nas opiniões consultadas.

Na quarta secção será evidenciada a controvérsia que envolve as taxas de prevalência da PHDA, sendo apresentados e analisados alguns dos estudos, internacionais e nacionais, que procuram compreender as diferentes representações que pais e professores possuem acerca desta perturbação e que parecem condicionar quer a avaliação, quer a intervenção sobre a mesma.

Nesse sentido, na última secção são clarificadas essas mesmas formas de intervenção, quer ao nível escolar, familiar e farmacológico, esclarecendo a sua especificidade e procurando sustentar a eficácia de cada uma.

Após este enquadramento teórico, será então apresentado o nosso trabalho de investigação, começando por se operacionalizar o *design* do estudo, bem como os seus principais objectivos.

É então clarificado o método de constituição do grupo amostral, clarificando os diferentes passos para a sua definição.

De seguida, será apresentado o instrumento de recolha de dados utilizado, evidenciando o processo de construção do mesmo.

Por último, são apresentados e analisados os dados recolhidos, reflectindo-se sobre os mesmos e avançando-se para a respectiva discussão e identificação de implicações.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – Evolução do Conceito

Apesar das elevadas taxas de prevalência, a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, tal como é hoje conhecida, foi sofrendo bastantes modificações no que diz respeito à sua definição. Nesse sentido, em termos de evolução histórica, temos uma “curiosa distribuição geográfica” de concepções distintas e praticamente opostas. Sendo assim, temos por um lado os investigadores franceses, e por outro, os investigadores norte-americanos, sendo que os ingleses parecem ocupar uma posição intermédia (Salgueiro, 1996, p. 13).

Ainda que as primeiras referências à hiperactividade pareçam ter surgido num poema do psiquiatra alemão Heinrich Hoffman, em 1865 (cit. por Barkley, 1998), as primeiras descrições científicas são atribuídas a George Still (1902, cit. por Barkley, 1998) e a Alfred Tredgold (1908, cit. por Barkley, 1998).

Por esta altura, constatava-se que determinadas crianças apresentavam um comportamento particular, designando-se o mesmo a partir das suas causas, por «*brain damage syndrome*». Em termos evolutivos, este termo, proposto por Still, acabou por ser substituído por um termo, que prevaleceu durante algum tempo, sugerido por Tredgold (1908, cit. por Salgueiro, 1996) de “*disfunção cerebral mínima*” (p. 14-15).

Esta tendência para associar o conceito descritivo de hiperactividade à sua origem orgânica ainda saiu mais reforçada com uma epidemia de encefalite na Europa e nos Estados Unidos. Neste sentido, constatou-se que as crianças já recuperadas tendiam a apresentar uma actividade exagerada, défice de atenção e tendência para a impulsividade. Ao conjunto destes 3 sintomas deu-se o nome de “Síndrome Comportamental de Lesão Cerebral” (Rebelo, 1986).

De forma contemporânea, surgiu uma outra linha de investigação no Sul da Europa com algumas tentativas de explicação psicodinâmica. Estas teorias interpretavam a hiperactividade como resultado de conflitos inconscientes mal resolvidos, resultantes de um comprometimento da relação entre pais e filhos (Heuyer, 1914, cit. por Salgueiro, 1998).

É por volta dos anos sessenta que os estudos começam a ter maior rigor científico passando a ser colocado ênfase, sobretudo, nas manifestações

comportamentais deste distúrbio e não tanto nas suas origens etiológicas (Fonseca, 1998).

No entanto, no que diz respeito à designação propriamente dita, continuaram a prevalecer diferentes conceitos para designar um mesmo tipo de comportamento. Falava-se então de: Síndrome Impulsivo Hipercinético, Impulsividade Orgânica, Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite, Criança com Lesão Cerebral, Síndrome Coreiforme, Criança com Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Menor, Síndrome Hiperactivo da Criança, Hipercinésia, Distúrbio Impulsivo do Carácter, Distúrbios de Aprendizagem, entre outros (Rebelo, 1986, pág. 207).

Actualmente com o DSM-IV-TR (APA, 2000), e após um período de primazia dos défices de atenção (DSM-III), a actividade motora volta a ser o ponto central desta perturbação, pelo que ICD-10 e DSM-IV-TR, apesar de proporem designações diferentes (Hipercinésia e Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, respectivamente), segundo Fonseca (1998), tendem a aproximar-se nas propostas de critérios de diagnóstico para esta perturbação.

No entanto, esta aproximação ainda não corresponde a um consenso entre estes dois principais manuais de classificação. Nesse sentido, Taylor e colaboradores (2004), ao proporem aquelas que pretendem ser as linhas de orientação europeias do Distúrbio Hipercinético (*European clinical guidelines for hyperkinetic disorder*), referem que estas duas designações, Distúrbio Hipercinético e PHDA, têm vantagens e desvantagens pelo que podem e devem co-existir, uma vez que retratam esquemas diagnósticos diferentes (op. cit.).

Segundo este documento, de facto ao nível comportamental as diferenças entre estas duas formas de classificação não parecem ser muito distintas entre si, no entanto, se nos referirmos à forma como os sintomas se encontram combinados em termos de áreas ou categorias, aí identificamos diferenças que é importante realçar (op. cit.). Assim, quando falamos de Distúrbio Hipercinético deverão estar presente problemas nas três áreas, ao nível da Atenção, Hiperactividade e Impulsividade, enquanto que na PHDA (DSM-IV-TR) (APA, 2000), poderiam existir problemas apenas numa área (op. cit.).

Segundo os mesmos autores (op. cit.), esta distinção implica que ao estabelecermos o diagnóstico de PHDA, torna-se importante verificar se estão ou não também reunidos os critérios para se classificar como Distúrbio Hipercinético, e no caso

de tal não se verificar, ter uma preocupação acrescida em analisar se estará presente outro tipo de psicopatologia.

2.2 – A Natureza da PHDA

A controvérsia na definição do distúrbio hiperactivo inicia-se desde o momento da identificação da sua natureza.

Goodman e Poillion (1992), fazendo um paralelismo com as dificuldades sentidas na delimitação do Síndrome de Disfunção Cerebral Mínima, procederam à revisão de 48 artigos e livros no sentido de operacionalizar as diferentes perspectivas acerca da PHDA. Assim, foram identificadas 69 características diferentes e 38 possíveis causas para esta perturbação (op. cit.).

No que diz respeito às características, as mais referenciadas foram a Baixa capacidade de Atenção (referida 32 vezes), a Hiperactividade (29 vezes), a Impulsividade (28 vezes), a Distracção (20 vezes), a Dificuldade em acompanhar os conteúdos (15 vezes), a fraca Coordenação Muscular (10 vezes), os Problemas de Conduta, os Problemas de Concentração, o facto de se tratar um Conjunto Precoce de sintomas (todos referidos 9 vezes), a Maior necessidade de Supervisão (8 vezes) e a Dificuldade em Esperar pela vez (referida 7 vezes) (op. cit.).

Em relação às causas, as mais referidas nos textos analisados foram as causas genéticas (referidas 12 vezes), as complicações perinatais e pré-natais (referidas 9 vezes), a imaturidade do desenvolvimento neurológico (7 vezes), irregularidades ao nível cerebral (6 vezes), a dieta e aditivos (6 vezes), aspectos bioquímicos, uma pré-disposição temperamental e o baixo peso à nascença (todos referidos 5 vezes) (op. cit.)

Rapidamente se depreende que esta temática sempre se viu rodeada de bastante controvérsia, diversidade e, até por vezes, confusão. Esta falta de clareza parece apoiar os que se opunham à existência de uma verdadeira categoria clínica, e que exigiam a identificação de um fenómeno unitário com uma causa única, algo que sempre ofereceu alguma dificuldade nesta perturbação (Goldstein & Goldstein, 1998).

Assim, alguns autores (Hartman, 1993, cit. por Fonseca, 1998; Selley-Tremblay & Rosen, 1996, cit. por Fonseca, 1998; Klimkeit & Bradshaw, 2007), chegam mesmo a propor que a hiperactividade seja encarada como um factor de adaptação na nossa

cultura ocidental, levando o indivíduo a manter-se cheio de energia, a arriscar e a adaptar-se às constantes mudanças, sendo benéfico para alguns tipos de ocupações profissionais (op. cit.).

Em resposta à falta de consenso existente perante esta perturbação, em 2002, Barkley juntamente com cerca de 80 outros especialistas assinaram um documento que procura evidenciar a linha de concordância entre estes investigadores, a Declaração Universal de Consenso acerca da PHDA – *International Consensus Statement on ADHD* (Barkley et al., 2002)

Assim, segundo este documento, a PHDA não poderia ser vista como uma perturbação benigna. E a prová-lo estariam os diferentes estudos de *follow-up* que referem taxas de 32 a 40% de abandono escolar, 50 a 70% de crianças com dificuldade em fazer amizades, 70 a 80% de adultos com um desempenho profissional abaixo do esperado, 40 a 50% dos indivíduos a envolverem-se em actividades anti-sociais, ou a consumir tabaco e drogas ilícitas de forma superior à média, entre outros (op. cit.).

Assim, segundo este documento, nenhuma organização profissional do âmbito médico, psicológico ou científico poderia pôr em causa o facto da PHDA se tratar de uma perturbação legítima (op. cit.).

Diferentes estudos (Frick et al., 1994, cit. por Sharkey & Fitzgerald, 2007) sugerem que crianças diagnosticadas segundo os critérios propostos pela DSM-IV-TR ou pelo ICD-10, tendem a apresentar um conjunto de sintomas e sinais consistente e que os demarca de crianças com outros problemas de ordem comportamental.

Por outro lado, a maioria dos sintomas desta perturbação têm uma previsibilidade ao nível do desenvolvimento natural, com o surgimento ao nível da primeira infância, persistindo durante a adolescência e idade adulta em aproximadamente 60% dos casos (Barkley et al., 2002 cit. por Sharkey & Fitzgerald, 2007).

Um outro aspecto diz respeito ao carácter hereditário desta perturbação, existindo estudos que evidenciam que a PHDA tem níveis de hereditariedade equivalentes à esquizofrenia ou à perturbação bipolar (Faraone et al., 1998, cit. por Sharkey & Fitzgerald, 2007).

Uma outra linha de estudos ao nível da neuroimagem, sugere ainda que o comprometimento ao nível da actividade cerebral frontal seria específico de indivíduos com PHDA, não se verificando da mesma forma noutras perturbações mentais (Sieg et al., 1993, cit. por Barkley, 2002)

Um outro aspecto controverso na PHDA, refere-se ao facto de as crianças assim diagnosticadas tenderem a apresentar uma grande disparidade de sintomas e de manifestações comportamentais, levando diferentes investigadores a procurar delimitar subgrupos mais homogéneos e mais significativos ao nível clínico (August, 1989, cit. por Lopes, 2004; Dykman & Ackerman, 1993, cit. por Lopes, 2004).

Assim, surge uma primeira subdivisão proposta na DSM-III (APA, 1980), na qual era estabelecida uma distinção entre a Perturbação de Défice de Atenção com Hiperactividade e a Perturbação de Défice de Atenção sem Hiperactividade. Esta divisão foi abandonada na revisão de 1987 (DSM-III-R), na qual se passa a falar apenas de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, uma vez que nessa altura os estudos pareciam ser contraditórios e não era totalmente aceite a existência de uma tipologia independente de Défice de Atenção sem Hiperactividade (Barkley, 2006).

O eliminar da categoria de PDA sem Hiperactividade aparece, no entanto, como uma decisão muito contestada, uma vez que estudos posteriores tendem a evidenciar que o tipo de défice de atenção e dos problemas associados à PHDA sem Hiperactividade são consideravelmente distintos dos da PHDA com Hiperactividade (Barkley, 2002; Lopes, 2004). Nesse sentido, nas edições mais recentes da DSM (IV e IV-TR), e após a sustentação empírica exigida pelo comité responsável por este manual de classificação, é novamente proposta esta subdivisão (Barkley, 2006).

No que diz respeito às dificuldades encontradas ao nível da aprendizagem de algumas das crianças com PHDA, verificam-se co-morbilidades próximas dos 60% (DuPaul & Stoner, 2003) ou até mesmo 70 % (Mayes et al., 2000). Nesse sentido, e segundo DuPaul e Stoner (2003), seria importante operacionalizar com exactidão os tipos de dificuldades de aprendizagem, uma vez que muitas das dificuldades cognitivas encontradas e formalmente atribuídas à PHDA, seriam inerentes à presença e ao grau de dificuldades ao nível da aprendizagem (Barkley, 2006).

Sendo assim, e apesar de se encontrarem diferenças reais entre os grupos de PHDA com e sem Dificuldades de Aprendizagem e entre estes e o grupo de apenas Dificuldades de Aprendizagem, tal não parece comprovar a existência de entidades clínicas distintas (Lopes, 2004).

Lopes (2004) considera, nesse sentido, que as crianças com PHDA são “fortes candidatas a problemas de aprendizagem” (op. cit., p. 128), pelo que a categoria de

PHDA é assimilável à categoria de PHDA com Dificuldades de Aprendizagem, uma vez que apesar de existirem crianças com PHDA sem Dificuldades de Aprendizagem, estas seriam uma minoria. Assim, alguns autores sugerem que perante essa coexistência, seria preferível falar-se de um espectro ou de um contínuo para classificar essas mesmas dificuldades (Mayes et al., 2000).

Desta forma, e apesar das vantagens (sobretudo ao nível da intervenção em contexto educativo) de formalizar essa distinção, a investigação existente no que diz respeito às causas, prognóstico e resultados a longo prazo não parece evidenciar diferenças no que diz respeito a estes subgrupos (op. cit.)

Uma outra divisão controversa diz respeito à constituição de subtipos desta perturbação consoante se verifica ou não um comportamento agressivo associado (Barkley, 2006; Lopes, 2004).

Tendo em conta que o comportamento agressivo tem implicações ao nível da manifestação desta perturbação (Loney, 1983, cit. por Barkley, 2006; Loney & Milich, 1982, cit. por Lopes, 2004; Dyckman & Ackerman, 1993, cit. por Lopes, 2004), surge na ICD-10 (World Health Organization, 1992) a subcategoria “Hipercinésia com Perturbação da Conduta”.

De qualquer forma, e apesar da independência destes dois distúrbios ainda não estar resolvida, Lopes (2004), na sua revisão dos estudos, evidencia a importância de identificar a presença ou ausência de agressividade, no sentido, não só de clarificar o comportamento do indivíduo diagnosticado, mas sobretudo no sentido de prever a sua evolução desenvolvimental.

Um último aspecto, que ainda não parece estar resolvido no que a esta perturbação diz respeito, refere-se à sua manifestação “situacional” ou “generalizada” (Barkley, 2006; Lopes, 2004).

Esta mesma falta de consenso parece ter a sua raiz nas diferentes linhas de investigação da Europa e dos Estados Unidos da América.

Assim, de acordo com o principal manual de classificação ao nível Europeu, o ICD-10 (World Health Organization, 1992), para se diagnosticar esta perturbação as dificuldades sentidas, deveriam manifestar-se de forma independente do contexto, ou seja, deveriam assumir um carácter “generalizado” (op. cit.)

Por outro lado, em versões anteriores do manual de diagnóstico promovido pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III e DSM-III-R, APA, 1980, 1987) bastaria verificarem-se os sintomas num determinado contexto (casa ou escola), para se poder realizar o diagnóstico.

Esta perspectiva da PHDA, com carácter situacional foi abandonada no DSM-IV (1994), no qual se estabeleceu a necessidade da perturbação se apresentar de forma generalizada, ou seja, o conjunto de sintomas deveria manifestar-se em mais do que um contexto.

Esta alteração, no entanto, não parece ter uma aceitação generalizada. Assim, segundo alguns estudos (Achenbach & Edelbrock, 1981, cit. por Lopes, 2004), esta modificação parece condicionar bastante as taxas de prevalência, uma vez que se bastasse uma fonte de informação, os números seriam bastante superiores aos actualmente apresentados (op. cit.).

Outra linha de investigação (Rapport et al., 1986, cit. por Lopes, 2004), contudo, refere que de uma forma geral, a PHDA generalizada tende a ser idêntica à PHDA situacional escolar, constatando que a despistagem realizada pelos professores tende a ser confirmada nos restantes contextos (op. cit.).

No entanto, Barkley (2006) considera que apesar de não descartar totalmente a possibilidade de se distinguirem estas diferentes categorias da perturbação, não bastaria a comparação das respostas de pais e professores nos diferentes questionários, uma vez que as diferenças encontradas mais do que diferenças reais ao nível comportamental parecem sobretudo tratar-se de diferenças inerentes à própria fonte de informação usada para classificar a criança (op. cit.).

Assim, numa revisão dos estudos, Lopes (2004) salienta que esta subdivisão de PHDA generalizada ou situacional, mais do que ter implicações ao nível da categorização da perturbação, parece apenas condicionar a avaliação da severidade da mesma (op. cit.).

2.3 – Etiologia

Apesar de ser um dado adquirido que os distúrbios hiperactivos são uma das formas de psicopatologia mais comuns na infância, os diferentes estudos efectuados, apontam para uma grande variabilidade na identificação de uma etiologia predominante

destes distúrbios. Assim, em função do país e corrente teórica, parece que a comunidade científica ainda parece estar dividida na compreensão da natureza desta perturbação.

Desde a segunda metade da década de 80 que os estudos sobre a compreensão da etiologia da PHDA têm progredido em grande escala (Barkley, 2006). Neste percurso, têm sido evidenciadas várias explicações e anuladas tantas outras (op. cit.).

Actualmente, as investigações parecem evidenciar o contributo de explicações biológicas, evidenciando-se uma forte componente genética e hereditária, sobretudo em formas de hiperactividade mais graves (Barkley 2006; Willcutt et al., 2000).

No entanto, e uma vez que as verdadeiras causas nunca poderão ser totalmente identificadas (por razões de ordem metodológica), não parece poder afastar-se a hipótese de que as explicações biológicas coexistam com outras explicações (Lorys-Vernon et al., 1993, cit. por Fonseca, 1998).

Nesse sentido, e para facilitar a compreensão da origem da PHDA, optámos por apresentar os diferentes factores que contribuem para o desenvolvimento desta perturbação através da divisão proposta por Melo (2003). Sendo assim, dividimos os diferentes estudos em três áreas:

Factores Preditivos – em que englobamos todas as variáveis que surgem nas crianças antes do momento do diagnóstico formal, isto é, dos 2, 3 anos de idade.

Factores de Prognóstico – em que englobamos as diferentes variáveis analisadas no decorrer do desenvolvimento da própria perturbação.

Factores de Risco e de Protecção – em que englobamos as diferentes variáveis referidas de forma tradicional como estando na origem ou etiologia desta perturbação.

Variáveis Preditivas

Temperamento do bebé, Interação entre pais e filhos e anomalias físicas no recém-nascido

Desde as seis semanas de idade, o bebé começa a apresentar as primeiras tendências e sinais de temperamento, isto é, alguma consistência no seu estilo para lidar com o mundo que o rodeia (Brazelton, 2006).

A partir dos sete meses, podemos avaliar a sua forma de agir, no sentido de verificar se determinada reacção é ou não previsível naquela criança (op. cit.). Chess e

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

- 1) Nível de Actividade
- 2) Ritmo
- 3) Aproximação e Afastamento
- 4) Adaptabilidade
- 5) Intensidade
- 6) Limiar de estimulação
- 7) Humor
- 8) Distractibilidade
- 9) Tempo de Atenção e Persistência

Friedman e Doyal (1992) estudaram estas características tentando identificar as que pareciam ter um maior carácter preditivo da PHDA. Nesse sentido, e apesar de constarem que existiam algumas correlações, nem todas as crianças com um temperamento difícil viriam a apresentar desordens ao nível psicológico ou comportamental. Segundo os autores, seriam sobretudo as dificuldades no trato destas crianças que levariam aos problemas futuros (op.cit.).

Outros autores (Olson et al., 1990; Silverman & Ragusa, 1992), corroboram esta ideia, apontando o estilo de interacção entre pais e filhos, sobretudo numa fase bastante precoce, como estando na origem de um desenvolvimento normal da auto-regulação e do autocontrolo.

Um outro aspecto preditivo seria a existência de pequenas anomalias na aparência física do recém-nascido e que estariam associadas não só à ocorrência da PHDA, bem como a outras desordens psiquiátricas (Quinn & Rapport, 1974, cit. por Melo, 2003). No entanto, este factor ainda não foi estudado de forma a avaliar a sua significância estatística pelo que parece não apresentar grande valor ao nível clínico (op. cit.).

Variáveis de Prognóstico

Os factores de prognóstico podem ser agrupados segundo três categorias: factores de natureza individual; factores associados à situação familiar e factores associados ao tratamento (Melo, 2003).

Nos factores de natureza individual, podemos identificar as situações de comorbilidade com outras perturbações, como a Perturbação da Conduta, os Comportamentos de Oposição, Dificuldades de Aprendizagem e outras Perturbações de Ansiedade e Humor (Goldstein & Goldstein, 1998; Lopes, 2004; Mcardle, 2007; Pereira et al., 1998).

A presença de uma perturbação constitui um factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de uma outra (Melo, 2003) e sendo a PHDA “particularmente vulnerável ao fenómeno de correlação ilusória” (Lopes, 2004, p. 166), torna-se fundamental prestar uma atenção especial ao processo de diagnóstico diferencial, no sentido de clarificar a natureza das dificuldades e assim identificar a forma de intervenção mais adequada (Lopes, 2004; Mcardle, 2007; Pereira et al., 1998).

Um outro factor de prognóstico de natureza individual diz respeito ao Q.I (Melo, 2003). De facto diferentes estudos evidenciam que este factor tem um forte poder preditivo, uma vez que indivíduos com níveis de Q.I. mais baixos tendem a apresentar mais dificuldades e maior grau de desadaptação ao nível académico, ao nível comportamental, mais perturbações ansiógenas e pior utilização de psicotrópicos e psicoestimulantes (Goldstein e Goldstein, 1998; Pearson et al., 1996 cit. por Melo, 2003).

No que diz respeito às variáveis associadas ao contexto familiar, verifica-se que apesar de não surgirem como uma causa desta perturbação parecem ser um factor agravante e, nesse sentido, condicionante do prognóstico da mesma (Goldstein & Goldstein, 1998; Johnston, 1996; Lopes, 2004).

Nesse sentido, uma maior prevalência de alcoolismo, de depressão, outras perturbações psiquiátricas e comportamentos anti-sociais existente nas famílias destas crianças, poderá levar a uma desorganização maior em termos familiares, uma maior inconsistência do estilo educativo que por consequência poderia conduzir a um agravamento da perturbação já existente (Lopes, 2004).

Johnston (1996) desenvolveu um estudo de comparação das características dos pais e estilos de interacção entre pais-filhos de 3 grupos de crianças, crianças sem problemas, crianças com PHDA com baixos níveis de comportamento de oposição e crianças com PHDA com altos níveis de comportamento de oposição.

Este estudo permitiu verificar que, ao contrário do que a maior parte da investigação previa até então, as variáveis parentais parecem condicionar não só a evolução e resposta ao tratamento de crianças com PHDA com altos níveis de comportamentos de oposição, bem como de crianças com PHDA com baixos níveis de comportamentos oposicionais (op. cit.).

Um outro estudo realizado por esta autora, juntamente com colaboradores (2002), analisou a interacção de 136 famílias com crianças com PHDA e verificou que o comportamento-resposta das mães está relacionado de forma negativa com a existência de problemas de conduta nestas crianças, bem como, com a existência de sintomatologia depressiva nessas mães.

No entanto, no que diz respeito à sintomatologia associada à PHDA não se verificou essa mesma relação (op. cit.).

Sendo assim, uma intervenção psicossocial ao nível familiar poderá ser útil em situações de PHDA, não tanto no sentido de controlar a sintomatologia associada a esta perturbação, mas sobretudo para aumentar a resistência destas famílias às dificuldades sentidas e assim prevenir o surgimento de outros problemas de conduta, em particular comportamentos de oposição (op. cit.).

Um outro estudo realizado por Gerdes e colaboradores (2003) procurou analisar a qualidade da relação mãe-filho, bem como as diferentes percepções (da mãe, pai e filho) acerca da mesma. Foram analisados 142 rapazes com PHDA e 55 rapazes sem esta perturbação (op. cit.).

Da análise dos resultados verificou-se que mães e pais de rapazes com PHDA tendem a perceber as suas relações com os filhos de uma forma mais negativa do que as mães e pais do grupo de controlo (op. cit.). Curiosamente, apesar destas diferenças na percepção parental, o grupo de rapazes com PHDA não diferiu do grupo de controlo na avaliação da qualidade da sua relação parental (op. cit.).

Para além disso, quando comparadas as percepções do grupo de rapazes com PHDA directamente com as dos seus pais, verifica-se um incremento positivo destas em relação ao verificado nas díades do grupo de controlo (op. cit.).

Verifica-se, assim, um enviesamento positivo que pode significar que as crianças com PHDA tendem a perceber as suas relações com os outros como positivas e não problemáticas (op. cit.). Este facto pode constituir por si só um problema, pois essa percepção pode conduzir a que estas crianças não tenham a motivação necessária para alterar o seu comportamento (op. cit.).

Uma outra linha de estudos procura relacionar estes factores familiares com a eficácia das diferentes formas de tratamento. Um estudo realizado em 2000 por Hoza e colaboradores, avaliou uma amostra de pais de crianças com PHDA que se encontravam a receber intervenção multimodal. Este estudo tentou analisar um conjunto de crenças que estes pais possuíam acerca de si próprios, dos seus filhos com PHDA, e do seu estilo parental, bem como uma escala de auto-avaliação acerca do recurso a disciplina disfuncional (op. cit.).

Foi verificado que o recurso a esse estilo disciplinar estava fortemente relacionado com uma pior resposta à intervenção. De igual forma, também crenças de baixa auto-estima, crenças de baixa auto-eficácia parental, baixa tolerância perante a falta de empenho dos seus filhos, bem como um humor negativo, também tendiam a ser indicadores de um pior prognóstico em termos de resposta ao tratamento (op. cit.).

Variáveis de Risco e de Protecção

Factores de Risco Pré-natais e Perinatais

Nos diferentes estudos realizados foram identificados diferentes factores como estando relacionados com um aumento do risco de apresentar PHDA.

Nichols e Chen (1981) evidenciam relações entre o desenvolvimento de PHDA e a existência de um baixo peso à nascença.

Outros estudos evidenciam também relações entre a PHDA e a idade da mãe (Chandola et al., 1992), o mês de nascimento (Mick et al., 1996), a duração do trabalho de parto e o APGAR ao primeiro minuto (Chandola et al., 1992), bem como a prematuridade do nascimento (Cherkes-Julkoski, 1998; Mick et al., 2002).

Com menos evidência surgem também estudos que evidenciam o carácter preditor do consumo de tabaco (Barkley, 2002; Button et al., 2005; Milberger et al., 1996) e de álcool (Barkley, 2002; Werry et al., 1964, cit. por Melo, 2003; Wilens et al., 2005) durante a gravidez.

Factores Ambientais

Para além dos efeitos do consumo de substâncias no decurso da gravidez, a exposição ao chumbo tem também sido alvo de atenção por parte dos investigadores.

Barkley (2002) refere-se a um estudo de 1976 em que cerca de 36% de crianças com elevados níveis de chumbo no organismo foram classificadas pelos seus professores como “desatentas, distraídas, impulsivas e hiperactivas” (op. cit., pág. 88). O risco de aparecimento de sintomas de hiperactividade tendia a aumentar sobretudo quando a exposição ocorria entre os 12 e os 36 meses de idade das crianças (op. cit.).

No entanto, estudos mais recentes (Silva et al., 1988, cit. por Barkley, 1997a; Thomson et al., 1989, cit. por Barkley, 1997a; Fergusson et al., 1988) evidenciam que ao controlarem-se outras variáveis, o carácter preditivo da deste factor tendia a diminuir consideravelmente, sendo responsável por, na melhor das hipóteses, variações de cerca de 4% na sintomatologia associada à PHDA em crianças com elevados níveis de chumbo no organismo (Barkley, 1997a).

Nesse sentido, Barkley (2002) e Lopes (2004) concluem, a partir de uma revisão da bibliografia, que estes efeitos seriam diminutos, sendo bastante relativa a importância deste factor enquanto determinante dos défices desta perturbação.

Factores de Risco Neurológicos e Neuropsicológicos

De uma forma geral, é cada vez mais aceite entre a comunidade científica que a PHDA é determinada sobretudo por factores relacionados com o próprio indivíduo mais do que com o meio em que ele está inserido (Lopes, 2004).

Assim, uma primeira área de investigação diz respeito à possibilidade de lesões cerebrais estarem na origem desta perturbação.

Esta primeira linha de investigação tinha na sua base a percepção de que as crianças com PHDA tendiam a apresentar um comportamento muito semelhante a indivíduos com lesões na área frontal do cérebro (Arnsten, 2007; Barkley, 2002).

Esta área seria a responsável pela inibição do comportamento, persistência da atenção, autocontrolo e planificação do futuro (Arnsten, 2007; Barkley, 2002; Damásio, 1995) e o comprometimento da mesma parecia justificar a sintomatologia característica da PHDA (Arnsten, 2007; Barkley, 2002; Kelly et al., 2007; Lopes, 2004).

No entanto, e apesar de no início da investigação ao nível neurológico, se acreditar que a maioria das situações de PHDA eram originadas por lesões cerebrais causadas por infecções, traumas, quedas ou complicações na gravidez ou parto (Barkley, 2002), estudos mais recentes verificaram que não mais do que 5 a 10% das crianças desenvolvem esta perturbação devido a lesões cerebrais (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

Nesse sentido, uma segunda linha de investigação dirigiu-se sobretudo para a compreensão de possíveis disrupções no desenvolvimento cerebral que pudessem conduzir ao surgimento desta perturbação.

A este nível foram desenvolvidos estudos ao nível da bioquímica cerebral, da estrutura e actividade cerebrais dos indivíduos com PHDA.

Segundo Pennington (1991, cit. por Lopes, 2004), o défice de função executiva das crianças com PHDA seria causado por uma redução da actividade cerebral frontal, bem como por alterações estruturais e/ou bioquímicas nos lóbulos pré-frontais (op. cit.).

De facto, diferentes estudos sugerem uma deficiência ao nível dos neurotransmissores, nomeadamente a dopamina e a noradrenalina, responsáveis pela “funções executivas” (Arnsten, 2007; Barkley, 2002; Lopes, 2004).

Assim, quando comparados com indivíduos com lesões nas zonas pré-frontais, indivíduos com PHDA, tendiam a apresentar exactamente as mesmas dificuldades ao nível da inibição do comportamento, mudança de resposta dominante e tarefas que recorram à memória de trabalho (Itami & Uno, 2002, cit. por Arnsten, 2007; Bedard et al., 2003, cit. por Arnsten, 2007; McLean et al., 2004, cit. por Arnsten, 2007).

Outros estudos realizados ao nível da neuroimagem, revelaram que as regiões frontais do cérebro de indivíduos com PHDA tendiam a apresentar-se como sub-desenvolvidas ou sub-activadas, isto é, apresentavam um menor fluxo sanguíneo e metabolismo nestas zonas, que se traduzia num comprometimento do funcionamento cognitivo normal (Sowell et al., 2003, cit. por Arnsten, 2007; Yeo et al., 2000, cit. por Arnsten, 2007, Vera et al., 2007).

Além disso, regiões cerebrais tais como o corpo caloso, diversas estruturas nos gânglios da base e cerebelo, tendiam a ser significativamente menores em crianças com PHDA quando comparadas com outras crianças (Barkley et al., 2002; Middleton & Faraone, 2007; Taylor et al., 2004). Estas alterações tendiam a ser identificadas em idades bastante precoces, não sendo progressivas ou resultantes da intervenção farmacológica estimulante (Castellanos, 2001).

Perante a riqueza dos resultados encontrados por esta linha de investigação é, sem dúvida, necessário continuar a explorar e aproveitar os avanços da biotecnologia para completar e clarificar os conhecimentos aqui abordados.

Factores Genéticos

Perante o facto de alterações neurológicas de nível estrutural e funcional, importa compreender os factores que as provocam.

Afastada a possibilidade de lesões cerebrais originadas por diferentes factores ambientais (traumas, consumo de substâncias durante a gravidez, exposição ao chumbo), coloca-se em questão o papel da hereditariedade nesta perturbação.

Desde muito cedo que os investigadores constataram que os parentes biológicos das crianças com PHDA tendiam a apresentar mais problemas do que os parentes de crianças bem adaptadas (Lopes, 2004). Entre estes problemas verificava-se um maior número de casos de alcoolismo, problemas de conduta, hiperactividade e depressão (op. cit.).

Estudos mais recentes foram realizados com gémeos e famílias de adopção e confirmaram o papel da hereditariedade na explicação de cerca de 50 a 70 % dos casos de PHDA (Lopes, 2004; Middleton & Faraone, 2007).

Confrontações entre perfis genéticos e metabolismo cerebral parecem encontrar correspondências entre determinadas alterações ao nível cromossómico e o comprometimento ao nível frontal verificado em indivíduos com PHDA (Faraone et al., *in press* cit. por Middleton & Faraone, 2007).

Vários genes têm sido investigados, pois tratando-se a PHDA de uma combinação particular de traços humanos, não podemos falar de um único gene responsável pela mesma, mas eventualmente da combinação de vários (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

No entanto, as mais recentes investigações apontam para identificarmos a PHDA como um distúrbio neurológico determinado por factores genéticos (Middleton & Faraone, 2007).

Factores Familiares

Tal como já foi referido acima, mais do que serem responsáveis pela etiologia da PHDA, as variáveis associadas ao contexto familiar parecem ser uma variável preditiva da mesma. No entanto, continua a ser comum referir o estilo educativo e aspectos relacionados com a interacção familiar como estando na origem desta perturbação

Num estudo, realizado por Carlson e colaboradores (1995), verificou-se que bebés de 42 meses que são observados a compensar/satisfazer as necessidades de intimidade das suas mães, de forma a receber a orientação e apoio emocional necessários para si tendem a ser mais impulsivos, desatentos, e mais activos em contexto pré-escolar e escolar, segundo testemunham os seus educadores.

Da mesma forma, verifica-se que a maioria da investigação realizada aponta para que os pais com crianças com PHDA tendem a apresentar um estilo educativo menos permissivo, a serem mais punitivos e a dar mais orientações do que os outros pais (Johnston & Mash, 2001; Lopes, 2004; Winsler, 1998; Winsler et al., 1999).

No entanto, verifica-se que apesar desta relação entre a PHDA e a qualidade das relações existentes entre as crianças e os seus pais, bem como das relações existente em toda a família, a direcção primária dos efeitos é sobretudo da criança para os seus pais e não tanto o inverso (Johnston & Mash, 2001)

Lopes (2004) refere assim que os pais de crianças com PHDA podem e devem ser referidos como sendo “mais e não menos monitorizadores” (op. cit., p. 142) pelo que não deverão ser culpabilizados pela existência desta perturbação.

Uma outra constatação que sustenta a irrelevância da influência parental seria a existência de diferentes estudos de eficácia farmacológica, nos quais se verifica uma melhoria do comportamento das crianças com PHDA em relação aos seus pais, e dos pais em relação aos seus filhos (op. cit.). Nesse sentido, os comportamentos disfuncionais parentais parecem ser sobretudo uma reacção às dificuldades e não uma causa das mesmas (op. cit.).

Da mesma forma, segundo Barkley (1998), a forma como os pais lidam e controlam uma criança com PHDA poderá contribuir para a persistência das suas dificuldades, ou seja, não estando no início do problema, a forma como os pais respondem ao problema poderia melhorá-lo ou agravá-lo.

No entanto, segundo Barkley (1998), este estilo parental disfuncional pode estar logo à partida comprometido devido à PHDA dos próprios pais, de um ou de ambos.

Sendo que mais do que causas ao nível psicossocial, estaríamos na presença de uma pré-disposição genética que estaria a contribuir para as dificuldades identificadas (op. cit.)

Outros Factores

Comummente são feitas diferentes especulações acerca da PHDA, avançando-se com causas sem qualquer sustentação empírica ou teórica. Entre estas são, por vezes, referidas a alimentação, em particular a ingestão abusiva de açúcar, a sobredosagem vitamínica, desequilíbrios no sistema vestibular ou o excesso de televisão (Barkley, 2002; Melo, 2003; Lopes, 2004).

No que diz respeito à alimentação, sobretudo nos anos 70, 80, foi lançada a ideia de que a PHDA seria provocada pela ingestão de determinados produtos e aditivos nos alimentos (Feingold, 1975). No entanto, estudos realizados (Kavale & Forness, 1983) conseguiram contrariar a ideia de que a privação de determinados alimentos tivesse algum tipo de eficácia no tratamento desta perturbação.

Em relação ao carácter preditivo da ingestão abusiva de açúcar, esta ideia tendia a prevalecer entre a opinião pública sobretudo devido ao “poder da auto-sugestão” (Barkley, 2002). Nesse sentido, foram realizados diferentes estudos, sendo que todos chegaram à conclusão de que não havia relação entre o consumo do açúcar e o comportamento ou o processo de aprendizagem (Hoover & Mills, 1994; Milich et al, 1986; Rosen et al., 2002; Wolraich et al., 1985).

Em relação à sobredosagem vitamínica, desequilíbrio no sistema vestibular e demasiada televisão, também a evidência científica tende a rejeitar estas suposições (Lopes, 2004).

Especificamente em relação à televisão, um estudo realizado em 2004 por Christakis e colaboradores, avaliando 1278 crianças com 1 ano e 1345 crianças com 3 anos, verificou que destas as que viam pelo menos uma hora de televisão por dia tinham 10% maior risco de apresentar problemas de atenção aos 7 anos. Para além disso, verificou-se que quanto maior o período exposição à televisão maior este risco. Assim, crianças de um ano de idade que viam 3 a 4 horas de televisão tinham 30 a 40% maior probabilidade de vir a apresentar problemas de atenção do que aquelas que não viam televisão nenhuma.

Em 2006, Stevens e Mulrow procuram verificar estes resultados ao resolver algumas das questões metodológicas que não haviam sido levadas em linha de conta.

Nesse sentido, foi avaliado um número superior de crianças, sendo que foram controladas algumas variáveis que não tinham sido consideradas no estudo anterior (Stevens & Mulrow, 2006). Sendo assim, foi estudada a relação entre o tempo de visionamento de televisão durante a frequência do jardim-de-infância e a existência de sintomas de PHDA no primeiro ano do ensino básico. No entanto, foram controladas variáveis tais como o estatuto socioeconómico e o envolvimento parental (op. cit.).

Dos resultados encontrados foi verificado que o tempo de exposição durante o jardim-de-infância estava relacionado com a existência de sintomas de PHDA no primeiro ano escolar. No entanto, ao levar em linha de conta a variação na tipologia de sintomas de PHDA, verificou-se que o valor preditor da exposição à televisão em relação aos sintomas de PHDA, se encontrava muito próximo de zero, não existindo qualquer significância estatística nesta relação (op. cit.).

Na justificação destes resultados, e das diferenças encontradas em relação a estudos anteriores, parecem estar os aspectos metodológicos, incluindo a idade dos participantes, a avaliação dos sintomas de PHDA e o controlo das variáveis atrás referidas (op. cit.).

Um outro estudo de 2006, realizado por Acevedo-Polakovich e colaboradores, comparou 56 crianças com PHDA com 106 crianças sem esta perturbação e verificou que o visionamento de televisão não parece condicionar o desempenho cognitivo das crianças com essa perturbação.

Um outro estudo realizado por Zimmerman e Christakis publicado mais recentemente em 2007, analisou se o tipo conteúdos visionados por crianças também estaria relacionado com futuros problemas ao nível da atenção. Os tipos de conteúdos analisados foram o educacional, o entretenimento não violento e o entretenimento violento.

Em termos de resultados, verificou-se que o visionamento de conteúdos televisivos educacionais não estava relacionado com problemas de atenção 5 anos mais tarde. No entanto, o visionamento de programas de entretenimento violentos e não violentos, na idade dos 3 anos, estava fortemente associado com subsequentes problemas de atenção. O visionamento de programas de qualquer tipo de conteúdo, nas idades de 4 e 5 anos, não estava relacionado com esses mesmos problemas (op. cit.).

Um outro estudo longitudinal procurou analisar a relação entre o visionamento de televisão na infância e a existência de problemas de atenção na adolescência (Landhuis et al., 2007). A estimativa do tempo de exposição à televisão foi efectuada

aos 5, 7, 9 e 11 anos, sendo que os problemas de atenção foram avaliados por pais e professores aos 13 e 15 anos (op. cit.).

Verificou-se que a média de horas de visionamento de televisão durante a infância estaria relacionada com problemas de atenção na adolescência. Esta associação persistia quando controlados o gênero, a existência de problemas de atenção na infância, as capacidades cognitivas aos 5 anos, o estatuto socioeconómico e a quantidade de visionamento de televisão na adolescência (op. cit.).

2.4 – Prevalência e Representações

Segundo o DSM-IV (APA, 1994), as taxas de prevalência do Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção deverão rondar os 3-6% da população estudantil americana, no entanto, diferentes estudos apontam para uma grande variação da prevalência. Rowland e colaboradores (2001, cit. por Sharkey & Fitzgerald, 2007) apontam para um intervalo de 0.5% até 16%.

Segundo alguns autores (Fonseca, 1998; Sharkey & Fitzgerald, 2007), esta disparidade assenta sobretudo em dificuldades ao nível metodológico, ao nível da definição dos critérios de diagnóstico e das características dos instrumentos e fontes de informação utilizados, bem como em função da idade e sexo dos constituintes da amostra.

Assim, alguns estudos apresentam taxas de prevalência de 14% se levarmos em linha de conta uma amostra apenas constituída por rapazes (Statin et al., 1985, cit. por Fonseca, 1998; Taylor et al., 1991), enquanto que as taxas variam entre 2 e 9%, se considerarmos uma amostra exclusivamente feminina (op. cit.).

Um outro aspecto fundamental diz respeito aos critérios utilizados, assim se nos referirmos aos critérios do DSM-IV (APA, 1994) e falarmos do diagnóstico de PHDA, verificamos taxas entre os 3 e os 5 % (Buitellar, 2002, cit. por Taylor et al., 2004). No entanto, se nos reportamos aos critérios estabelecidos pelo ICD-10 (1990), referindo-nos ao Distúrbio Hiperactivo, verificam-se taxas à volta do 1,5% (Swanson et al., 1998, cit. por Taylor et al., 2004).

Um outro estudo, realizado por Guardiola e colaboradores (2000), verificou uma prevalência de 18% quando eram considerados os critérios da DSM-IV e de 3,5% quando eram considerados critérios neuropsicológicos, sendo que nestes eram incluídos

aspectos psicométricos e comportamentais e discrepâncias ao nível do Exame Neurológico Evolutivo. Nesse sentido, parece que a utilização apenas dos critérios da DSM-IV parece sobrestimar a prevalência da PHDA, uma vez que parece abarcar situações enquadradas em distúrbios diferentes (op. cit.)

Weisz e Eastman (1995) sugerem no seu artigo que a prevalência de uma determinada psicopatologia na infância depende sobretudo de dois factores: do comportamento da criança, e das “lentes” através das quais os diferentes observadores “filtram” esse mesmo comportamento. Sendo assim, em função de diferentes crenças e expectativas, um comportamento poderá ser considerado “normal” ou “patológico”.

Segundo Draguns (1973, cit. por Davison e Ford, 2001), “o facto de um comportamento individual constituir uma psicopatologia depende de atitudes, expectativas e padrões de adaptação dominantes na sociedade em que o comportamento ocorre” (tradução nossa, op. cit., p. 264).

Nesse sentido, o facto de determinado comportamento ser ou não considerado patológico poderia variar em função da sociedade ou cultura em que o mesmo se manifesta, não por inconsistências da própria definição desta perturbação, mas sobretudo pelos conhecimentos, percepções e níveis de tolerância em relação à mesma.

Diferentes estudos foram efectuados, precisamente para compreender as “lentes” que estariam por detrás do diagnóstico ou não dos diferentes distúrbios hiperactivos.

2.4.1. Estudos Internacionais

Um dos primeiros estudos realizados de forma a compreender a variabilidade das taxas de prevalência da PHDA, foi levado a cabo por Taylor e Sandberg (1984, cit. por Salgueiro, 1996). Este estudo procurou encontrar explicação para o facto de se encontrarem taxas de prevalência de 20 a 40% nos Estados Unidos, enquanto que apenas 1,5% das crianças inglesas eram diagnosticadas desta forma.

Este estudo avançava ainda que, quando a avaliação era feita através de questionários semelhantes preenchidos pelos professores dos dois países, estas diferenças tendiam a ser atenuadas (op. cit.).

Nesse sentido, Taylor e colaboradores (1991), após verificarem alguns estudos semelhantes, concluíram que mais do que se tratarem de verdadeiras diferenças ao nível

das taxas de prevalência, tratavam-se sobretudo de diferenças ao nível dos critérios de diagnóstico ou das fontes de informação (op. cit.).

Nesse sentido, as taxas de prevalência tendiam a ser consideravelmente inferiores quando eram levados em linha de conta através de uma entrevista de diagnóstico clínico, os critérios mais restritos (tal como foi visto em 2.1) estabelecidos pela ICD-10 (World Health Organization, 1990)

Leung e colaboradores (1996) num estudo semelhante, constataram que utilizando como critério de diagnóstico as mesmas listas de sintomas, as taxas de prevalência na China e Hong Kong eram três vezes mais elevadas do que em Inglaterra. No entanto, quando se verificava esta informação com a observação e registo directo, constatava-se que as crianças asiáticas eram menos perturbadas do que as inglesas.

Nesse sentido, os autores avançam com a possível explicação de que o limiar de tolerância às manifestações desta perturbação seria inferior no grupo de pais chineses (op. cit.), sendo fundamental compreender os aspectos culturais por trás dos números inicialmente apresentados.

Um estudo realizado em 2005 por Pastor e Reuben comparou crianças hispânicas, afro-americanas e crianças brancas e verificou que a prevalência de PHDA e o recurso à prescrição médica é substancialmente inferior nos dois primeiros grupos, sem que para isso contribuam quaisquer diferenças raciais ou étnicas ou condições de saúde ou variáveis sociodemográficas.

Um outro estudo realizado em 2005 por Ramirez e Shapiro tentou comparar os efeitos da etnia dos alunos nas percepções de professores hispânicos e professores brancos. Assim, procurava clarificar-se as diferenças de prevalência encontradas nos diferentes grupos étnicos de crianças se deviam a diferenças ao nível do comportamento das mesmas crianças, se se deviam a diferenças nas percepções dos professores, ou se se deviam a uma combinação destes dois vectores (op. cit.).

Nesse sentido, verificou-se que os professores de diferentes países etnias tendiam a avaliar o comportamento padrão de forma diferente, ou seja, a caracterização do comportamento seria um processo cultural (Jacobson, 2002). Mais especificamente, os professores hispânicos tendiam a atribuir pontuações mais elevadas nas avaliações da PHDA, mas apenas quando se tratavam de alunos também eles hispânicos (Ramirez & Shapiro, 2005).

Outros estudos com resultados semelhantes foram realizados na comparação dos relatos de professores dos Estados Unidos e da Tailândia, onde se verificaram taxas de

prevalência mais elevadas nos alunos tailandeses (Weisz et al., 1995, cit. por Ramirez & Shapiro, 2005). Foram ainda realizados estudos com crianças jamaicanas e afro-americanas, com taxas de prevalência mais elevadas nas crianças afro-americanas (Puig et al., 1999, cit. por Ramirez & Shapiro, 2005).

Barkley (1998) tenta evidenciar o peso de variáveis culturais avançando com diferentes taxas de prevalência encontradas em diferentes países (Estados Unidos, Nova Zelândia, Porto Rico, Alemanha, Índia e China) e em função de diferentes critérios e instrumentos de diagnóstico.

Esta análise permitiu assim constatar a variabilidade das taxas de prevalência em função dos aspectos culturais inerentes, mas também comprovar que a PHDA é uma perturbação generalizada, sendo um fenómeno à escala mundial e não apenas uma resposta às exigências da sociedade ocidental como alguns autores preconizavam (Hartman, 1993, cit. por Fonseca, 1998; Selley-Tremblay & Rosen, 1996, cit. por Fonseca, 1998; Klimkeit & Bradshaw, 2007).

2.4.1.1. Estudos Internacionais acerca das Percepções

Um estudo realizado por McLeod e colaboradores (2007) procurou analisar o conhecimento que a população americana em geral tem acerca da PHDA, as suas preferências ao nível das formas de intervenção, e suas correlações com os dados sociodemográficos.

A recolha de informação foi efectuada através de uma entrevista presencial, na qual constavam questões sobre se já tinham ouvido falar da PHDA, o que sabiam acerca desta perturbação, a sua opinião acerca desta perturbação ser ou não uma “verdadeira doença”, e a sua opinião se estas crianças devem receber aconselhamento ou medicação (op. cit.).

Da análise dos resultados verificou-se que 64% dos inquiridos já tinha ouvido falar de PHDA, sendo que a maioria não se sentia à vontade para fornecer informação mais detalhada sobre esta perturbação (op. cit.).

Verificou-se ainda que os grupos que possuíam maior nível de conhecimentos acerca da PHDA eram as mulheres e as pessoas com mais formação (op. cit.). Os não-caucasianos e os indivíduos mais velhos foram aqueles que responderam mais frequentemente que nunca tinham ouvido falar desta perturbação (op. cit.).

Tendo em conta os inquiridos que já tinham ouvido falar de PHDA, 78% referiram que consideravam esta perturbação uma verdadeira doença, sendo que na sua maioria tratavam-se de mulheres, caucasianos e pessoas com rendimentos mais elevados (op. cit.).

No que diz respeito às diferentes formas de tratamento, verificou-se que a maioria (65%) optou por uma combinação entre o aconselhamento e o recurso a medicação, sendo que na sua forma isolada, o aconselhamento foi mais referido do que o recurso à intervenção farmacológica. As variáveis sociodemográficas não estavam correlacionadas com estas mesmas opções (op. cit.).

Verificou-se assim, que a população americana em geral parece estar muito mal informada acerca desta perturbação, pelo que importa investir ao nível da formação e informação para colmatar as lacunas identificadas (op. cit.)

Um outro estudo foi realizado junto da comunidade Afro-americana no sentido de compreender os conhecimentos e respectivas percepções dos adultos desta comunidade acerca da PHDA. Este estudo foi realizado em 2001, por Davison e Ford, com 25 participantes, entre eles, pais e educadores afro-americanos e membros da comunidade médica que trabalhassem com crianças afro-americanas e suas famílias.

Os resultados apontaram para a existência de um constructo social por detrás da prevalência da PHDA nesta comunidade, tendo-se verificado uma tendência para um subdiagnóstico desta perturbação, bem como um baixo recurso a medicação estimulante para o seu tratamento (Davison & Ford, 2001).

Pela análise das entrevistas realizadas surgiram de forma decorrente alguns temas que foram agrupados nas estruturas sociais a seguir apresentadas, e que pareciam justificar a baixa tendência para diagnosticar esta perturbação em crianças pertencentes a esta comunidade (op. cit.).

1. Falta de confiança no Sistema

Os pais afro-americanos tendem a desconfiar da escola e da estrutura que a sustém. Nesse sentido, e uma vez que as escalas utilizadas para diagnóstico da PHDA são construídas em função da norma existente, e, portanto, etnicamente discriminatórias, acaba por haver um afastamento entre estes pais e a procura de ajuda para as dificuldades sentidas.

2. Falta de conhecimento dos professores acerca desta cultura e estratégias educativas para lidar com as diferenças.

Segundo os pais afro-americanos, o principal problema dos professores brancos seria eles não pertencerem à sua comunidade, e nesse sentido, não terem acesso à totalidade de informação e conhecimento das situações familiares

Apesar deste estudo não pretender verificar a veracidade de tal pressuposto, a falta de conhecimento acerca da cultura desta comunidade, foi frequentemente apontada pelos pais como um factor de descrédito de todo o processo de diagnóstico das suas crianças.

Por outro lado, verificaram-se também diferentes formas de comunicação e de linguagem que podiam por si originar mal-entendidos entre os pais e professores, ou técnicos de saúde.

3. Estigma Social e Preocupações com comportamentos aditivos

Verificou-se que os pais afro-americanos tendiam a resistir ao processo de diagnóstico, devido à percepção da existência de um estigma social associado à discriminação das crianças rotuladas como “malucas” ou que tivessem de tomar “drogas”.

Verifica-se assim, que os elementos desta comunidade conotavam negativamente o facto de uma pessoa ser rotulada com um determinado diagnóstico, receando que esse processo prejudicasse toda a sua família e amigos.

4. Pressões Políticas

Uma última questão diz respeito a pressões políticas sofridas pelos técnicos e professores para terem mais cuidados no processo de diagnóstico. No início da década de 1990, tinha-se verificado no distrito em causa uma sobre-representação de crianças provenientes de minorias a beneficiar de programas de educação especial. Nesse sentido, por altura do estudo, os técnicos escolares estavam a ser pressionados para não encorajar o processo de rotular estas crianças como portadoras de dificuldades de aprendizagem.

Como conclusão deste estudo, verificou-se que na realidade os pais afro-americanos e aqueles que interagem com eles, tendiam a aceitar de uma forma menos

pacífica o diagnóstico de PHDA. Tal conclusão chamou a atenção para a necessidade de promover mais conhecimento sobre esta área junto desta comunidade, para que todos pudessem tomar decisões mais informadas e assim prestar um melhor apoio a estas crianças (op. cit.).

Um estudo realizado em 2007 por Hillemeier e colaboradores, com o mesmo objectivo de comparar os relatos de pais de crianças afro-americanas e pais de crianças brancas, chegou à mesma conclusão. Assim, os pais de crianças afro-americanas tendiam a relativizar mais a sintomatologia do que o outro grupo parental (Hillemeier, Foster, Heinrichs, & Heier, 2007).

No mesmo ano foi realizado um estudo no sentido de clarificar as percepções que pais afro-americanos possuíam acerca de problemas comportamentais infantis e acerca da PHDA (Olaniyan et al, 2007). Neste mesmo estudo, foram realizadas sessões acompanhadas por um investigador que moderava as conversações e um outro que registava o que era dito (op. cit.).

Da análise dos registos foram identificados cinco grandes temas: as causas dos problemas comportamentais, a legitimidade da PHDA enquanto diagnóstico, a atitude perante os médicos, as opiniões acerca da medicação, e as percepções acerca do ambiente escolar (op. cit.).

Foi então verificado que vários participantes consideram que os problemas ao nível comportamental, incluindo os associados à PHDA, estariam associados a um estilo parental e práticas disciplinares inapropriadas.

Por outro lado, alguns pais referiram que consideram que a PHDA é um rótulo utilizado de forma racialmente desigual para exercer controlo sobre os afro-americanos (op. cit.).

Verificou-se ainda que vários pais tendiam a evidenciar falta de confiança em relação aos técnicos que são demasiado rápidos a efectuar o diagnóstico da PHDA e que recomendam a medicação como forma de intervenção. Nesse sentido, alguns pais mostraram a sua preocupação face à possibilidade dessa mesma forma de intervenção levar à dependência de drogas na adolescência (op. cit.).

Por último, alguns pais referiram ainda considerar que as crianças são rotuladas como tendo PHDA devido ao pobre ambiente educacional onde estão inseridas e que se encontra desajustado das necessidades específicas das crianças afro-americanas (op. cit.).

Um outro estudo promoveu a análise das atitudes de crianças diagnosticadas com PHDA e dos seus pais acerca da intervenção farmacológica nesta perturbação (Harpur et al., 2008).

Neste mesmo estudo, foi utilizada a escala *Southampton ADHD Medication Behaviour and Attitudes*. Esta escala, quer na versão para os pais e quer na versão das crianças, é constituída pelas seguintes subescalas: custos e benefícios do tratamento, estigma do paciente e resistência ao tratamento. A versão dos pais engloba ainda as subescalas de estigma parental, inconsistência do tratamento e flexibilidade.

Esta mesma escala foi analisada quanto à sua validade e consistência interna, tendo-se concluído que a mesma constitui um bom instrumento de avaliação, sendo que poderá vir a ser uma ferramenta útil na compreensão da adesão dos pacientes e respectivas famílias a este tipo de intervenção.

É ainda de realçar que quer os pais, quer as crianças, tendem a identificar mais benefícios do que custos nesta forma de intervenção, sendo que, contudo, as crianças tendem a identificar mais custos do que os seus pais.

Este estudo tem no entanto algumas limitações, uma vez que mais de metade dos participantes já se encontra medicado há pelo menos 2 anos, sendo que mais do que um terço da amostra, já se encontra medicada há 4 ou mais anos. Nesse sentido, verifica-se que se trata de famílias com um conhecimento e contacto com esta perturbação superior ao mais habitual.

Um outro estudo, promovido em 1998 por DosReis e seus colaboradores, procurou analisar o conhecimento, atitude e satisfação de uma amostra de 52 pais em relação à intervenção farmacológica na PHDA dos seus filhos.

Nesse mesmo estudo verificou-se que o conhecimento possuído pelos pais tende a diferir em função do nível socioeconómico do agregado familiar, no entanto, a sua atitude perante a medicação não parece sofrer a mesma influência (op. cit.).

De uma forma geral, os pais independentemente do nível socioeconómico, estavam satisfeitos com a eficácia desta forma de intervenção (op. cit.). No entanto, numa análise mais pormenorizada, verificou-se que esse nível de satisfação tendia a ser inferior nos resultados relativos ao nível social e emocional comparativamente aos resultados encontrados a nível comportamental (op. cit.).

São de referir também alguns estudos que analisam a percepção que crianças com PHDA possuem acerca da eficácia desta forma de intervenção.

Sendo assim, um estudo realizado pelo *Center for Community Child Health and Ambulatory Pediatrics* (Efron, 1998) analisou 102 crianças e respectivos pais no sentido de comparar as suas opiniões. Nos dados encontrados, verificou-se que a maioria das crianças identifica os resultados da intervenção farmacológica como favoráveis, no entanto, 12,7% e 18,8% dessa amostra referiram sentir-se pior após a intervenção com o metilfenidato e dexanfetaminas (respectivamente) (op. cit.)

Verificou-se assim, que mais de um quarto dos pais e filhos tendia a discordar, sendo que os pais tendiam a relatar resultados favoráveis, enquanto que os seus filhos relatavam consequências adversas, sobretudo associadas aos efeitos colaterais da própria medicação (op. cit.).

Este estudo procurou assim salientar que, apesar do facto de pais e filhos na maioria das situações estarem de acordo, recorrer apenas à opinião parental, de forma isolada, pode não ser a forma mais fidedigna de avaliar o impacto desta forma de intervenção em crianças com PHDA (op. cit.).

É ainda de referir um outro estudo conduzido também por Efron e outros colaboradores, mas publicado mais recentemente (2008), que procurou analisar a percepção de pais de crianças com PHDA acerca da compreensão que as escolas possuem acerca dessa perturbação, informação por elas disponibilizada e apoio geral (op. cit.)

Este estudo foi desenvolvido em Melbourne na Austrália, tendo-se verificado que os pais de crianças com esta perturbação consideram que os professores compreendem esta perturbação de uma forma inadequada, as escolas não possuem os recursos necessários e os professores deveriam receber mais formação para lidar com as necessidades específicas dos seus filhos (op. cit.).

No que diz respeito aos técnicos que trabalham com estas crianças, foi realizado um estudo em Inglaterra, em 2002 (Pentecost & Wood, 2002) com 174 técnicos de Serviço Social e tutores (*Guardians ad litem*). Este estudo procurava avaliar os conhecimentos e percepções que os mesmos possuíam acerca desta perturbação.

Dos resultados encontrados verificou-se que a maioria dos profissionais conseguia identificar correctamente os critérios de diagnóstico desta perturbação, bem como distinguir face a diferentes situações exemplo apresentadas, quais as que apontavam para crianças com PHDA (op. cit.)

Por outro lado, verificou-se que os técnicos tendiam a confiar sobretudo em estratégias meramente de intervenção no contexto familiar, não apresentando muita confiança noutras formas de intervenção. Verificou-se ainda, que a grande maioria dos técnicos desconhecia os serviços existentes na sua zona local e para onde pudessem encaminhar estas crianças e as suas famílias (op. cit.)

Uma conclusão também importante deste estudo, realizado com estes profissionais, foi constatar que as percepções dos tratamentos mais adequados para esta perturbação tendiam a modificar-se em função dos anos de experiência profissional (op. cit.). Nesse sentido, profissionais com mais experiência referiam com mais frequência a necessidade de estabelecer contacto com serviços de pedopsiquiatria, quer em caso, de diagnósticos comprovados, quer em caso de manifestação de alguns sintomas da perturbação (op. cit.).

Por outro lado, técnicos que tivessem terminado a sua formação há menos tempo cometiam mais erros de diagnóstico das situações exemplo e tendiam a apostar mais em intervenções dirigidas ao contexto familiar. De acrescentar que estes jovens técnicos apenas consideravam importante um acompanhamento mais alargado a partir do momento em que fosse confirmado o diagnóstico (op. cit.).

Este estudo constatou então que as principais diferenças de percepções destes técnicos acerca da PHDA, se deviam sobretudo aos anos de experiência profissional, e nesse sentido, seria fundamental, melhorar a qualidade da sua formação inicial, disponibilizando mais informação, de forma a que estes técnicos estejam mais esclarecidos e com uma visão mais pluralista de tratamento desta perturbação (op. cit.).

Tendo em conta a participação cada vez mais frequente dos médicos de clínica geral na avaliação, diagnóstico e tratamento de crianças com PHDA e a sua ligação às restantes partes envolvidas, pais, professores e especialistas, torna-se fundamental analisar o seu nível de conhecimento acerca desta perturbação. Com esse mesmo objectivo foi realizado um estudo por Salt e colaboradores (2005).

Este estudo foi realizado através da recolha de informação qualitativa, a partir de entrevistas semi-estruturadas (com 13 clínicos gerais), e através da análise de informação quantitativa recolhida através de questionários (com 93 clínicos gerais) (op. cit.).

Embora os clínicos gerais tendam a apresentar opiniões diferentes quanto à etiologia da PHDA, as causas mais evidenciadas foram as causas genéticas, o desequilíbrio químico e a questão da qualidade do acompanhamento parental.

No que diz respeito aos sintomas desta perturbação, a maioria dos profissionais inquiridos identificou correctamente os itens referentes aos 3 critérios estabelecidos pela DSM (impulsividade, défice de atenção e hiperactividade). No entanto, 75% dos inquiridos referiu também o “insucesso escolar”, os “comportamentos anti-sociais” e “problemas de sono” como sendo sintomas desta perturbação (op. cit.).

No que diz respeito ao recurso a um profissional externo, 69% referiram que indicariam um pedopsiquiatra, 28% indicariam um pediatra, 15% um psicólogo educacional, 10% um psicólogo clínico, 2% um psicoterapeuta e 1% indicaria um outro tipo de especialista (op. cit.). 70% dos clínicos gerais indicaram mais do que um profissional para quem poderiam encaminhar (op. cit.).

No que diz respeito às formas de tratamento, 90% dos inquiridos indicou mais do que uma forma de intervenção como sendo eficaz para lidar com esta perturbação (op. cit.). A forma de tratamento mais referida foi o metilfenidato (92%), seguido pela terapia familiar (74%) e a intervenção ao nível comportamental (64%) (op. cit.).

No que diz respeito ao papel dos diferentes intervenientes com estas crianças, os clínicos gerais consideram que deve haver uma responsabilidade partilhada, sendo que consideram que deverá haver um especialista neste tipo de perturbação que deve ter o papel primário na investigação, diagnóstico e início da prescrição da medicação estimulante (op. cit.). Desta forma, e apesar de apresentarem um conforto razoável em repetir a prescrição do metilfenidato, a maioria dos clínicos não considera possuir o conhecimento e experiência necessários para gerir o acompanhamento desta forma de intervenção (op. cit.).

É ainda interessante referir, que apesar destes profissionais referirem como causa desta perturbação, quer causas biológicas quer influências familiares, no momento da escolha da forma de intervenção, é significativa a preferência por uma intervenção psicofarmacológica (op. cit.).

Tal resultado parece ser um reflexo da pouca acessibilidade a outras formas de intervenção, ou devido ao facto desta ser a forma de intervenção mais divulgada nas diferentes publicações sobre esta temática (op. cit.). No entanto, convém sublinhar que estes técnicos evidenciaram alguma incerteza em relação aos efeitos colaterais desta forma de intervenção, bem como em relação ao tipo de acompanhamento que lhes é exigido (op. cit.).

Graczyk e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo no sentido de analisar as percepções que diferentes técnicos escolares possuíam acerca de diferentes formas de intervenção na PHDA.

Neste estudo foram analisados 358 profissionais dos serviços de atendimento ao aluno (psicólogos escolares, técnicos de serviços social e técnicos de aconselhamento), bem como 70 professores (op. cit.).

Os resultados evidenciaram que em média, os profissionais e os professores tendem a apresentar baixos níveis de confiança na eficácia das formas mais comuns de intervenção ao nível da sala de aula (por exemplo: mudança de lugar para próximo do professor, modificações curriculares, tutoria de pares, grupos de aprendizagem cooperativa, sistema de recompensas individuais, entre outros), ao nível da saúde mental (por exemplo: o acompanhamento individual ou familiar), bem como na intervenção ao nível farmacológico (op. cit.).

Em particular, foi identificada uma relação negativa entre o conhecimento possuído pelos professores acerca da perturbação (a partir da *ADHD Knowledge and Opinion Survey-Revised*) e a percepção de eficácia das intervenções ao nível da sala de aula e ao nível da saúde mental (op. cit.). Sendo que, no que diz respeito à relação entre o conhecimento possuído pelos técnicos e a percepção de eficácia das formas de intervenção, verificou-se alguma associação positiva, mas apenas no que diz respeito às formas de intervenção farmacológica (op. cit.).

Estes dados parecem assim corroborar um estudo anterior realizado com pais (Rostain et al., 1993) e que tal como proposto por esses autores, nem sempre maior conhecimento, corresponderia a conhecimento de qualidade. Assim, professores e técnicos referidos como sendo detentores de maior conhecimento acerca desta perturbação tenderiam a possuir não só conhecimento sustentado e de qualidade, mas também muita informação sem rigor que tendia a distorcer a sua opinião (Graczyk et al., 2005).

Por outro lado, foi verificado que quer os técnicos quer os professores tendiam a apresentar baixos níveis de confiança na sua capacidade de resposta às necessidades dos alunos com PHDA, sendo que foi identificada uma correlação positiva moderada entre a autoconfiança dos profissionais e a percepção de eficácia das intervenções ao nível da sala de aula (op. cit.).

Torna-se assim importante conhecer o porquê destes baixos níveis de confiança quer em si próprios, quer nas formas de intervenção, de forma a compreender a vontade

destes profissionais implementarem ou encaminharem os alunos para as formas de intervenção referidas (op. cit.).

Segundo Bandura (2001), a autoconfiança e auto-eficácia depende não tanto do conhecimento, mas sobretudo do sucesso experimentado pelo próprio ou observado no comportamento do outro. Nesse sentido, os resultados encontrados parecem estar relacionados com o facto de quer os técnicos, quer os professores, estarem a verificar ou a experimentar baixos níveis de sucesso na implementação das formas de intervenção analisadas (Graczyk et al., 2005). Seria assim importante verificar o porquê de não se estarem a verificar resultados positivos na implementação destas estratégias (op. cit.). Verificar se o motivo estaria relacionado com o facto das mesmas estarem a ser implementadas de forma incorrecta ou se teria a ver com o facto de as mesmas não estarem bem adaptadas para a turma, escola ou contexto familiar em causa (op. cit.).

No que diz respeito aos professores, um estudo realizado por Glass e Wegar (2000) procura analisar as suas percepções acerca da etiologia da PHDA (se é sobretudo biológica, ambiental ou um extremo de um padrão de comportamento), a percepção da percentagem de alunos em cada turma efectivamente diagnosticados com PHDA e a percentagem que os professores acreditam que pode ter PHDA. Este estudo procura ainda identificar o tipo de tratamento que os professores consideram mais eficaz para lidar com esta perturbação, sendo que participaram neste estudo professores e educadores desde o ensino pré-primário até ao 5º ano de ensino (op. cit.).

A partir da análise dos resultados, verificou-se que a percepção que os professores possuem acerca da incidência desta perturbação nas suas salas, muitas vezes, excede o valor médio habitualmente aceite de 5%. (op. cit.)

No que diz respeito às causas desta perturbação, a grande maioria dos inquiridos (78,2%) acreditam que a PHDA é uma perturbação de origem biológica, sendo que apenas 11,1% e 10,7%, respectivamente, consideram que esta perturbação é resultado de factores ambientais ou uma expressão de um padrão de comportamento normal (op. cit.).

Esta constatação parece ir de encontro ao proposto por alguns autores (Brown, 1995, cit. por Glass & Wegar, 2000; Conrad, 1980, cit. por Glass & Wegar, 2000) que referem que a influência exacerbada da ciência na formação da opinião pública tem conduzido a uma cada vez maior tendência para assumir o predomínio de fenómenos biológicos na explicação e compreensão das perturbações de comportamento.

Nesse sentido, tendo em conta os recentes avanços na investigação da etiologia desta perturbação, o público, neste caso os professores, rapidamente aceita que os comportamentos indesejáveis da criança são biologicamente pré-determinados fugindo à possibilidade de controlo e influência por parte do exterior (Glass & Weigar, 2000).

Sendo assim, e uma vez que não consideram os comportamentos característicos da PHDA como um extremo de um comportamento normal, passa-se a assumir esta perturbação como anómala e nesse sentido carente de uma intervenção farmacológica ou de um controlo mais exaustivo ao nível comportamental (op. cit.).

Nesse sentido, a larga maioria dos inquiridos (213 de 225) parece aceitar como a forma mais eficaz de tratamento para esta perturbação, uma combinação entre a intervenção farmacológica e a modificação comportamental (op. cit.). A análise da expressão destes resultados, parece assim evidenciar que muitos professores acreditam que a medicação é adequada no controlo dos comportamentos característicos da PHDA, mesmo quando esses professores não consideram que esta perturbação tem uma determinação biológica (op. cit.).

Apesar da importância dos resultados encontrados, é de referir que a possibilidade de generalização dos resultados se afigura um pouco limitada devido ao carácter não aleatório da amostra, uma vez que esta foi recolhida em escolas pertencentes à comunidade da Virgínia, num raio de apenas 50 milhas, e que de um total de 400 questionários distribuídos apenas 225 foram efectivamente respondidos (op. cit.). Sendo assim, as carências de recursos apontadas pelos autores como uma das causas explicativas para a tendência para ignorar formas alternativas para lidar com esta perturbação, poderiam apenas ser específicas da amostra e região analisada (op. cit.).

Um outro estudo realizado procurou analisar as diferenças entre uma amostra de professores norte-americanos e uma amostra de professores da Nova Zelândia (Curtis et al., 2006).

Dos resultados encontrados foi possível verificar diferenças interculturais, ao nível da aceitação das formas de intervenção, quer comportamental quer farmacológica (op. cit.). Sendo assim, os professores norte-americanos tendem a concordar mais com estas formas de intervenção, a considerá-las mais eficazes e a reconhecer-lhes mais efeitos a longo prazo, enquanto os professores neozelandeses referiram-se à intervenção farmacológica como menos aceitável, menos eficaz e como demorando a actuar (op. cit.).

Segundo os autores (op. cit.), as diferenças encontradas estariam sobretudo relacionadas com o facto de os professores dos Estados Unidos estarem mais familiarizados, quer com a PHDA quer com a intervenção farmacológica nesta perturbação. De facto, enquanto que nos Estados Unidos a taxa de prevalência é de 3-5% (APA, 1994), na Nova Zelândia é de 1-6,7% (Anderson et al, 1987, cit. por Curtis et al., 2006; Goldman et al, 1998, cit. por Curtis et al., 2006; Lee, 2003, cit. por Curtis et al., 2006). Por outro lado, verifica-se que a percentagem de crianças em idade escolar que se encontra medicada para a PHDA nos Estados Unidos é de 4,2% (Cox et al., 2003, cit. por Curtis et al., 2006), enquanto que na Nova Zelândia é de 1-1,5% (Lee, 2003, cit. por Curtis et al., 2006).

Num estudo realizado mais recentemente por Ghanizadeh e colaboradores (2006) no Irão, com 196 professores do ensino elementar, verificou-se que, de um modo geral, os conhecimentos possuídos por estes profissionais acerca da PHDA são bastante baixos.

No que diz respeito às causas, verifica-se que cerca de 46,9% dos entrevistados concordaram que a PHDA tem na sua origem algum tipo de vulnerabilidade biológica e genética, enquanto que 53,1% da amostra consideraram que a PHDA seria fruto de uma educação com demasiado mimo (op. cit.).

No que diz respeito às acções em relação às crianças com esta perturbação os resultados também não foram muito positivos: 64,8% referiram que tendiam a utilizar com as crianças com PHDA as mesmas regras utilizadas para disciplinar os restantes alunos (op. cit.).

Ainda no que diz respeito a essas mesmas acções, verificou-se uma correlação significativa entre o conhecimento dos professores acerca desta perturbação e a sua forma de actuar perante estas crianças (op. cit.).

É ainda de referir o facto de os professores tenderem a identificar a televisão e rádio, amigos e parentes, jornais periódicos e revistas como as principais fontes de informação acerca desta perturbação (op. cit.).

Tal constatação, leva a que, nas implicações do referido estudo, os autores realcem a importância dos meios de comunicação social enquanto meio de informação e salientam ainda a importância de valorizar a existência de formação específica acerca desta perturbação nos percursos formativos desses professores.

Um estudo intercultural, realizado em 2007 por Havey, comparou as percepções de professores alemães e professores norte-americanos acerca da incidência, causas e eficácia de formas de tratamento da PHDA.

Da análise dos resultados, verificou-se que os professores alemães tendiam a referir com maior frequência que a etiologia desta perturbação estaria relacionada com factores bioquímicos, enquanto que os professores norte-americanos, pareciam acreditar mais numa combinação entre este tipo de factores e aspectos contextuais (Havey, 2007).

No que diz respeito às formas de intervenção, ambos os grupos de respondentes identificaram a combinação entre a intervenção farmacológica e a intervenção comportamental, como a forma de tratamento mais eficaz (op. cit.).

No que diz respeito à incidência desta perturbação nas suas turmas, solicitou-se que estes professores referissem o número de alunos que eles pensavam que tivessem PHDA e aqueles que estavam efectivamente diagnosticados como tal. Desta análise, verificou-se que os dois grupos consideram que esta perturbação se encontrava subdiagnosticada, sendo que, no entanto, os professores alemães identificaram um número inferior de alunos, quer a apresentar sintomas, quer a estarem efectivamente diagnosticados (op. cit.).

No que diz respeito ao conhecimento possuído acerca desta perturbação, Sciutto e colaboradores (2000) realizaram um estudo com um grupo de 149 professores pertencentes a escolas do 1º ciclo dos ensino regular e especial. Este mesmo estudo partiu do preenchimento de 3 questionários: um primeiro construído com o fim de avaliar os conhecimentos específicos acerca da PHDA, o *Attention Deficit Disorders Scale* (KADDS); um outro, direccionado para a recolha das variáveis demográficas; e um terceiro, de forma a analisar a percepção destes professores acerca da sua auto-eficácia (op. cit.).

O KADDS consiste num questionário constituído por 36 itens passíveis de serem respondidos como “Verdadeiro”, “Falso” ou “Não Sei” (op. cit.). Estes itens contemplavam conteúdos específicos acerca desta perturbação e incidem em três domínios: sintomas e diagnóstico, formas de tratamento e conhecimentos de índole geral (por exemplo, a evolução da perturbação ou a sua prevalência) (op. cit.).

Da análise dos resultados verificou-se que o número de respostas correctas na escala de sintomas e diagnóstico era significativamente superior ao atingido nas outras duas escalas (op. cit.).

Verificou-se ainda que o nível de conhecimento possuído pelos professores estaria positivamente relacionado com a percepção de auto-eficácia dos mesmos, com a experiência prévia com crianças com PHDA e os anos de experiência educativa (op. cit.).

É ainda de realçar, que apesar de se ter verificado que os professores com experiência prévia com crianças com PHDA alcançavam melhores resultados no total da KADDS, não se verificou a mesma correlação positiva em relação à escala relacionada com as formas de tratamento (op. cit.).

No que diz respeito às restantes variáveis (idade, sexo, nível educacional, número de turmas de educação especial a seu cargo, entre outras), não apresentaram nenhum tipo de correlação com o conhecimento possuído acerca desta perturbação (op. cit.).

Em 2007, Fernández juntamente com os seus colaboradores, realizaram uma réplica desse estudo no sentido de analisar as lacunas e erros existentes no conhecimento dos professores espanhóis acerca da PHDA. Neste mesmo estudo participaram 193 professores de educação pré-escolar e educação primária, sendo que apenas 13,8% desses mesmos professores teriam uma actuação específica no âmbito da educação especial (op. cit.).

Nesse sentido, efectuaram uma tradução da escala já utilizada por Sciutto e colaboradores (2000) (KADDS), de forma a avaliar o conhecimento destes técnicos nas mesmas 3 áreas: conhecimentos gerais; sintomas/diagnóstico e formas de tratamento (op. cit.).

Da análise dos resultados verificou-se que os professores possuíam mais conhecimentos na área de sintomas/diagnóstico, tendo atingido uma média de 63,88% respostas correctas. Sendo que nas escalas de conhecimentos gerais e formas de tratamento, atingiram, respectivamente, 31,67% e 40,46% de respostas correctas (Fernández et al., 2007).

Um segundo aspecto analisado neste estudo, diz respeito à análise de algumas variáveis sociodemográficas e formativas e a sua relação com esse mesmo conhecimento (op. cit.). Nesse sentido, e apesar de se verificar que os conhecimentos possuídos estariam positivamente correlacionados com o número de anos de experiência com crianças hiperactivas, com o número de alunos hiperactivos nas suas salas de aula, e com o seu grau de auto-eficácia, não se verificou uma correlação positiva entre o conhecimento possuído e o número de anos de experiência educativa (op. cit.). De igual

forma, o número de anos de experiência educativa também não apresentou uma correlação positiva com o nível de auto-eficácia percebida (op. cit.).

Sendo assim, estes dados parecem revelar que o número de anos de experiência educativa não estaria directamente relacionado com um maior nível de conhecimento acerca desta perturbação, nem tão pouco com um aumento da percepção da capacidade para lidar de forma eficaz com esses alunos (op. cit.)

Por outro lado, o número de horas de assistência a formação específica acerca da PHDA, apresentou uma correlação positiva quer com o nível de conhecimento possuído, quer com o nível de auto-eficácia constatado (op. cit.).

Os autores realçam assim o facto de se encontrar desta forma uma justificação para os resultados tão baixos obtidos na escala de conhecimentos gerais, uma vez que apenas 51,6% dos professores inquiridos referiu ter recebido alguma vez formação específica acerca da PHDA (op. cit.).

Tendo em conta as taxas de prevalência desta perturbação, importa assim atender a esse factor, uma vez que muitos outros estudos tendem a evidenciar que a grande maioria dos professores não recebeu qualquer formação específica para lidar com esta perturbação ou apesar de a ter recebido, considera que esta não foi a suficiente para saber lidar com tipo de situações (Hawkins et al., 1991; Jerome et al., 1994; Jerome et al., 1999; Piccolo-Torsky & Waishwell, 1998; Reid et al., 1994; Whitworth et al., 1997).

Um outro estudo realizado por Jerome e colaboradores (1994), comparou uma amostra de professores americanos com uma amostra de professores canadianos no seu nível de conhecimentos e atitudes acerca da PHDA. Desta análise, verificou-se que ambos os grupos possuíam pouca formação específica acerca desta perturbação, no entanto, a maioria dos professores considerava a PHDA como um diagnóstico clínico válido reconhecendo as suas implicações ao nível educacional (op. cit.).

Da análise dos resultados constatou-se que apesar de evidenciarem bons conhecimentos acerca da etiologia e implicações educacionais desta perturbação, muitos professores referiram como eficazes formas de intervenção sem sustentação empírica, tais como dietas (op. cit.).

Os resultados permitiram verificar ainda que apenas 14% dos professores referia participar de forma activa no momento de diagnóstico e no acompanhamento contínuo da intervenção realizada por outros profissionais (op. cit.).

Um outro estudo realizado mais recentemente também por Jerome e outros colaboradores (1999) procurou comparar uma amostra de professores estagiários com a amostra de professores canadianos utilizada no estudo anterior.

Da análise dos resultados verificou-se que no que diz respeito à etiologia da PHDA, os dois grupos referiram na sua maioria que esta é uma perturbação com causas biológicas e não tanto uma questão de “fraqueza de carácter” (op. cit.).

No que diz respeito à influência do contexto familiar, 98% dos estagiários e 74% dos professores referiu não considerar que esta perturbação fosse resultado de um acompanhamento familiar de pouca qualidade (op. cit.). No entanto, 83% dos estagiários e 76% dos professores também não considerou que esta perturbação fosse reflexo de um ambiente familiar caótico ou disfuncional (op. cit.).

Em relação às formas de intervenção nesta perturbação, os resultados encontrados foram mais inconsistentes. Assim, no que diz respeito à medicação, apenas 69% dos estagiários e 82% dos professores considerou como falsa a afirmação de que “A PHDA é uma perturbação clínica pelo que apenas poderá ser tratada com medicação” (op. cit.). Contudo, 83% dos estagiários e 80% dos professores referiu não concordar com a afirmação “se a medicação for prescrita, uma intervenção ao nível educacional é habitualmente desnecessária” (op. cit.).

No que diz respeito às práticas educativas, a larga maioria dos estagiários (83%) e dos professores (88%) reconheceu os benefícios das crianças com esta perturbação trabalharem de um para um e não tanto em situação de grupo. Em relação à afirmação que sustenta que “as crianças com PHDA necessitam sempre de um ambiente sossegado e estéril de forma a concentrar-se nas tarefas”, verificou-se que comparativamente com o grupo de professores (73%), um maior número de estagiários discordou desta afirmação (86%) (op. cit.).

É ainda de realçar, que tal como no estudo anterior (Jerome et al., 1994), continuaram a verificar-se equívocos na avaliação dos diferentes mitos associados a esta perturbação. Nesse sentido, é de referir que 52% dos estagiários e 66% dos professores considera que a PHDA pode ter na sua origem o consumo abusivo de açúcares e outros aditivos, sendo que a maioria dos estagiários (68%) e professores (77%), considera o recurso a uma dieta específica como uma forma eficaz de lidar com esta perturbação (Jerome et al., 1999).

Um outro aspecto diz respeito à persistência destes sintomas, tendo-se verificado que a maioria dos estagiários (69%) e não tanto dos professores (41%) considera que as

crianças com PHDA tendem a libertar-se desta perturbação e a tornar-se adultos normais (op. cit.).

De uma forma geral, verificou-se que as acções de formação (direccionadas para a compreensão da PHDA) promovidas durante o período de estágio, não pareciam estar a surtir os resultados desejados, no entanto, os autores do estudo consideram que os dados não podem ser interpretados de forma conclusiva, devido à dimensão reduzida da amostra de professores estagiários (n=42) (op. cit.).

Um estudo realizado mais recentemente por Berkle (2004) tentou replicar os dados obtidos nas duas últimas investigações referidas (Jerome et al., 1994; Jerome et al., 1999), comparando uma amostra de professores em funções e alunos ainda em formação.

Apesar dos anos que separam este estudo dos anteriores, verificou-se, no entanto, que continuam a existir algumas lacunas ao nível do conhecimento possuído acerca da PHDA, sendo de salientar a persistência da confusão relacionada com a eficácia da intervenção através de dietas, já apontada nos estudos anteriores (op. cit.).

De uma forma geral, os resultados continuam a ser semelhantes entre as duas amostras, no entanto, e de uma forma distinta do que se tinha verificado no estudo mais recente de Jerome e colaboradores (1999), verificou-se que os professores em funções tendem a apresentar uma maior precisão nas respostas às diferentes questões levantadas acerca desta perturbação, deixando em aberto a possibilidade do conhecimento ser mais influenciado pela experiência profissional e não tanto pela formação inicial (Berkle, 2004).

No entanto, o nível de conhecimentos nem sempre corresponde à implementação das diferentes formas de intervenção nesta perturbação, pelo que importa abordar as diferentes razões que estão por detrás da aceitação ou não das mesmas por parte dos técnicos.

Nesse sentido, Reid e colaboradores (1994) realizaram um estudo de forma a identificar os factores que poderiam levar à redução do nível de aceitação das diferentes formas de intervenção nesta perturbação. Nesse sentido, foi analisado o nível de importância atribuído a cada um de 13 possíveis obstáculos à implementação dessas formas de intervenção (op. cit.).

Da análise dos resultados, verificou-se que as dificuldades mais evidenciadas foram o tempo exigido para a aplicação da forma de intervenção, a falta de treino, o tamanho da turma e o grau de severidade dos problemas (op. cit.)

No que diz respeito ao tempo exigido, estudos realizados anteriormente (Witt & Martens, 1983; Witt et al., 1984) evidenciaram que este obstáculo tendia a ser relativizado, tendo em conta a eficácia das formas de intervenção e o nível de gravidade dos problemas a tratar. Por exemplo, na intervenção de um problema de comportamento pouco grave, seria mais facilmente aceite uma forma de intervenção positiva e que exigisse pouco tempo na sua implementação (Witt & Marten, 1983; Witt et al., 1984). No entanto, entre as estratégias que requerem uma quantidade de tempo média, verificou-se que os professores tendiam a preferir uma forma de intervenção mais redutora, tal como o ignorar, o custo de resposta e o isolamento através do *time-out* (Witt et al., 1984).

Tendo em conta essas mesmas constatações, Martens e colaboradores (1986) realizaram um estudo no sentido de identificar as percepções dos professores acerca das diferentes formas de intervenção, no que diz respeito à sua eficácia, facilidade e frequência da sua utilização.

Na análise dos resultados verificou-se que as formas de intervenção, consideradas mais eficazes, mais fáceis de ser aplicadas e mais frequentemente utilizadas seriam o redireccionar do comportamento através de uma abordagem verbal, e o recurso a um sistema de recompensas previamente acordado (op. cit.).

Um outro aspecto evidenciado por este estudo diz respeito à técnica do *time out*, que apesar de surgir em terceiro lugar ao nível da eficácia e ao nível da facilidade de aplicação, aparece em quinto lugar na frequência de utilização (op. cit.). Tal constatação parece assim, estar relacionada com o facto de os professores preferirem formas de intervenção positivas ou invés do recurso a contingências negativas (op. cit.).

Um outro estudo realizado por Power e colaboradores (1995) analisou o grau de aceitação de um grupo de 147 professores em relação a três formas de intervenção: o relatório diário, a técnica de custo de resposta e o recurso a intervenção farmacológica.

Da análise dos resultados, verificou-se que os professores apresentavam um maior grau de preferência pelas formas de controlo comportamental através de contingências positivas (relatório diário) por oposição ao recurso às consequências negativas (custo de resposta) (op. cit.). Também se verificou que, tal como no estudo de Glass e Weigar (2000), os professores tendiam a aceitar melhor uma combinação da intervenção farmacológica e uma intervenção ao nível comportamental, ao invés do recurso a uma intervenção farmacológica de forma isolada (op. cit.).

Um estudo realizado em 2004, por Vereb e DiPerna, analisou a relação entre o conhecimento existente acerca da PHDA, o conhecimento acerca das formas de intervenção mais comuns e o grau de concordância com a intervenção farmacológica e com a intervenção ao nível comportamental. Analisou-se ainda a relação entre estas variáveis, a formação e a experiência destes professores com crianças com esta perturbação (op. cit.).

Os resultados indicaram que tende a existir uma relação positiva entre o conhecimento acerca da PHDA, os anos de experiência em ensino e a existência de formação adequada, e o grau de concordância com a intervenção farmacológica (op. cit.).

De forma contrária a alguns estudos precedentes que tendiam a apresentar uma relação entre a experiência com crianças com PHDA e o conhecimento acerca desta perturbação (Jerome et al., 1994; Sciutto et al., 2000), o estudo apresentado parece ir de encontro aos resultados já encontrados por Power e seus colaboradores (1995) ao verificar que a experiência com estes alunos não estaria correlacionada com o conhecimento possuído acerca da PHDA.

A experiência com crianças com PHDA estava relacionada de forma moderada com os níveis de concordância com a intervenção farmacológica, o que parece sugerir que os professores com mais experiência com estas crianças também têm maior contacto com este tipo de intervenção e com os seus efeitos, e não tanto com outras formas de tratamento (Vereb & DiPerna, 2004).

Verificou-se ainda que a participação dos professores em acções de formação acerca da PHDA estaria correlacionada de forma positiva com o conhecimento possuído acerca desta perturbação e o com o grau de concordância com estratégias de gestão do comportamento, mas não com o conhecimento acerca das diferentes formas de intervenção (op. cit.).

Parece assim, que os professores tendem a reter (ou talvez as formações incidam apenas sobre essas temáticas), sobretudo informação acerca de aspectos actuais relacionados com esta perturbação e não tanto potenciais formas de intervenção para a mesma (op. cit.).

É ainda de referir que todas as correlações encontradas foram estatisticamente menos fortes do que aquilo que se tinha previsto para este estudo (op. cit.).

Um outro estudo realizado por Sciutto e colaboradores (2004) procurou analisar a influência do sexo da criança na identificação de PHDA por professores do 1º ciclo de ensino.

Nos resultados encontrados verificou-se que os professores tendiam a sinalizar mais rapazes do que raparigas para o diagnóstico de PHDA, sendo que estas diferenças eram mais evidentes em crianças que tendiam a apresentar um comportamento hiperactivo sem défice de atenção, nem comportamento agressivo (op. cit.). Sendo assim, verificou-se que as diferenças de percepção do comportamento de rapazes e raparigas tendiam a contribuir para as diferenças encontradas na percentagem de referências de PHDA nos dois sexos (op. cit.).

É ainda de referir que na análise efectuada se verificou que a gravidade atribuída ao comportamento das crianças estava relacionada com a preferência em sinalizar estas crianças para a avaliação (op. cit.). No entanto, os níveis de gravidade atribuídos não se encontravam relacionados nem com o número de anos experiência profissional, nem com o conhecimento acerca desta perturbação, nem com o historial de referências à PHDA (isto é, o número de crianças sinalizadas com PHDA por ano de experiência profissional) (op. cit.).

No que diz respeito à decisão de referir a criança como estando enquadrada no perfil desta perturbação, verificou-se que esta estava relacionada com o historial de referências à PHDA, mas não estava relacionada com o número de anos de experiência profissional, com o conhecimento acerca desta perturbação ou com o número de crianças que ensinam (op. cit.).

2.4.2. Estudos Portugueses

Em relação às taxas de prevalência da PHDA em Portugal e à sua relação com as percepções dos adultos avaliadores, parece ainda haver muito trabalho a fazer. No entanto, eis alguns estudos já realizados.

Num estudo realizado em 1996, Fonseca e colaboradores efectuaram a recolha dos dados normativos da Escala Revista de Conners para Professores (Conners-28). Nesse estudo verificou-se que as médias obtidas utilizando esta escala são geralmente mais elevadas em Portugal do que em estudos semelhantes com amostras americanas.

Verificou-se ainda, no mesmo estudo português, uma baixa correlação entre as respostas dadas pelos professores e a informação obtida junto dos pais, o que mais uma vez nos indica que não bastaria uma única fonte de informação (Fonseca, 1996).

Outros estudos, realizados em Portugal, já atendiam a este factor, e quando Fonseca e seus colaboradores (1998a) compararam crianças hiperactivas da comunidade com as que surgem no contexto clínico, exigiram para tal o cumprimento de pelo menos 2 critérios de diagnóstico. Este cuidado tem sido mantido também noutros estudos epidemiológicos (Sergeant, 1995, cit. por Fonseca, 1998a, Melo, 2003), no sentido de distinguir a hiperactividade generalizada ou grave da simplesmente situacional ou transitória.

Assim, para serem incluídos no estudo os alunos tinham de cumprir pelo menos, 2 dos seguintes critérios: terem uma pontuação acima do percentil 90 na subescala de hiperactividade/problemas de atenção do Inventário de Problemas de Comportamento da Criança para Pais – CBCL (Achenbach, 1991a cit. por Fonseca et. al, 1998a), do Inventário de Problemas de Comportamento da Criança para Professores – TRF (Achenbach, 1991b, cit. por Fonseca et al., 1998a), ou da Escala Revista de Conners para Professores (Fonseca et al., 1996).

Neste mesmo estudo, são de distinguir as principais conclusões, segundo as quais o grupo clínico e o grupo da comunidade, tendiam a apresentar grandes semelhanças. As únicas diferenças estatisticamente significativas foram ao nível de valores mais elevados no grupo clínico nas escalas de comportamento agressivo e problemas de comportamento no questionário de pais, e nas escalas de ansiedade/depressão e de isolamento, nos questionários de professores (Fonseca et al., 1998a).

Um outro aspecto pertinente, diz respeito à caracterização sócio-demográfica destes alunos, tendo-se verificado que as mães e pais do grupo clínico tendiam a apresentar níveis escolar e socioeconómico mais elevado que o grupo da comunidade.

Também em 1998(b), Fonseca, juntamente com colaboradores, realizaram um estudo de forma a verificar as percepções que os adultos portugueses tinham sobre a gravidade, etiologia e formas de intervenção mais adequadas para este distúrbio.

Neste estudo participaram 487 adultos, na sua maioria estudantes de Licenciaturas cuja prática profissional viria a permitir um contacto provável com

crianças com este tipo de distúrbios (Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Medicina, entre outras).

Como conclusão deste estudo verificou-se que, de um modo geral, os adultos interrogados consideravam a Hiperactividade como um problema grave, enfatizando sobretudo os sintomas de défice de atenção e hiperactividade (op. cit.).

Em relação à etiologia, verificou-se que havia uma predominância para apontar como causa desta perturbação variáveis associadas à família (29,4%), sendo que em contrapartida as referências a causas genéticas (4%) ou de natureza neurológica (0,4%) eram bastante raras (op. cit.).

Tendo em conta a dominância das respostas dadas às possíveis causas explicativas do distúrbio hipercinético, facilmente se depreende o sentido de resposta ao tipo de intervenção mais frequentemente sugerida. Nesse sentido, as intervenções privilegiadas foram as do tipo educacional, salientando-se a promoção de estilo educacional baseado na paciência e no diálogo (30,3%) em prejuízo do recurso a um especialista na área da saúde (10,3%) (op. cit.).

No entanto, quando questionados acerca da necessidade de recorrer a um especialista exterior à família 79,5% dos sujeitos responde afirmativamente, sendo a preferência para o psicólogo (69,3%), ou para equipas multidisciplinares, que incluem o psicólogo (22,6%) (op. cit.).

Em relação à intervenção farmacológica, os resultados também são bastante expressivos, sendo que, numa das questões relativas a esta temática, 88,3% dos inquiridos consideram que não se deveria recorrer a uma intervenção farmacológica, e numa outra questão, 71,6% considera que basta uma intervenção ao nível das práticas educativas (op. cit.).

No que diz respeito às práticas educativas mais frequentemente recomendadas, as respostas parecem não evidenciar o mesmo consenso verificado até então, não surgindo nenhuma estratégia como claramente privilegiada (op. cit.).

Os autores realçam também o facto de surgirem inclusive entre as estratégias mais apontadas, estratégias, de certa forma, contraditórias: “Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança” (32,2%) e “Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão” (19,5%) (op. cit.).

Estes resultados parecem assim ser contraditórios perante os principais e mais recentes resultados da investigação neste domínio. Mais controversos se tornam se

levarmos em linha de conta que a maioria dos respondentes deste estudo possuía uma escolaridade elevada e tratava-se de indivíduos com fortes probabilidades de vir a trabalhar com crianças (op. cit.).

Parece, assim, que existia alguma confusão entre a Hiperactividade enquanto perturbação, e por isso generalizada, e formas mais ligeiras e benignas de comportamento hiperactivo (v.g. hiperactividade situacional ou transitória), sendo que sobretudo estas últimas poderiam beneficiar de uma intervenção exclusiva ao nível das práticas privilegiadas (op. cit.).

Nesse sentido, os autores valorizam a importância de analisar estas representações, uma vez que podem estar a condicionar a procura de serviços adequados de apoio para crianças com verdadeiras dificuldades (op. cit.).

Este estudo deixa, no entanto, algumas questões. Em primeiro lugar, e face à constatação de uma baixa sensibilidade para a necessidade de intervenções específicas para lidar com esta perturbação, seria importante verificar a relação entre as diferentes percepções dos adultos e as motivações para o encaminhamento para uma consulta de psicologia, psiquiatria ou pediatria (Fonseca et al., 1998b).

Em segundo lugar, os autores do estudo deixam também como proposta de análise futura a comparação de pais de crianças efectivamente diagnosticadas com esta perturbação em relação a outros pais. Nesse sentido, pretendia-se avaliar a possibilidade das suas diferentes percepções condicionarem as razões que os levam a orientar estas crianças de forma a serem avaliadas (op. cit.). Seria assim, importante verificar se o contacto directo ou indirecto (v.g. vídeo) com crianças com esta perturbação influencia de alguma forma a percepção dos sujeitos (op. cit.).

Uma outra questão que deve ser esclarecida, diz respeito aos critérios de diagnóstico escolhidos para este estudo e que pertencem ao DSM-IV. Fica então a questão de saber se os mesmos resultados seriam obtidos se se utilizassem outros critérios, como por exemplo, os estabelecidos pela Classificação Internacional das Doenças – ICD-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993), ou mesmo, ao invés de listas de sintomas, se se utilizassem situações exemplo de crianças com esta perturbação (Fonseca et al., 1998b).

Uma última questão lançada por este estudo, diz respeito ao facto de a amostra ser constituída por adultos, na sua maioria estudantes. Tal como constatámos pelos estudos anteriormente apresentados, verifica-se que os conhecimentos e as percepções tendem a variar em função da experiência profissional (Pentecost & Wood, 2002) e do

estatuto socioeconómico e cultural (Davison & Ford, 2001). Seria interessante alargar o estudo efectuado por forma a verificar a existência ou não das mesmas diferenças no nosso país.

Um estudo mais recente foi desenvolvido por Melo (2003) no sentido de contextualizar o “conceito/constructo” de PHDA, explorando os limites que orientam a avaliação de crianças com esta perturbação.

Este estudo procurou verificar a correlação entre diferentes instrumentos de despiste da PHDA, comparando a versão portuguesa das formas reduzidas das Escalas de Conners Revisadas para pais e professores, com a Escala PHDA-IV e com o Teste de PHDA. As diferentes correlações analisadas, foram sempre estatisticamente significativas (op. cit).

Este estudo parece assim corroborar resultados anteriores (Fonseca, 1996; Brito, 1987 cit. por Melo, 2003; Edelbrock, Greenbaum & Conover, 1985 cit. por Melo, 2003) que comprovavam a validade dos instrumentos utilizados no despiste desta perturbação.

É ainda realçado que estas correlações são sempre mais elevadas quando se trata de questionários preenchidos pela mesma fonte (Melo, 2003), colocando-se assim em questão os aspectos relacionados com o contexto por detrás do diagnóstico da PHDA.

A este respeito, os resultados apresentados por Melo (2003) analisam a prevalência desta Perturbação numa amostra de 1139 crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 13 anos, provenientes da região de Lisboa, arredores de Lisboa e Açores. Esta amostra foi comparada com uma amostra de crianças norte americanas quando avaliadas pelos seus pais e professores.

Nesta comparação, verificaram-se valores superiores na amostra portuguesa em todas as subescalas (com excepção dos Comportamentos de Oposição na amostra de pais), realçando a importância do estabelecimento de normas específicas para cada população (op. cit).

É ainda de realçar o facto de o maior número de casos despistados serem sobretudo dos Arredores de Lisboa (op. cit.). No entanto, ao analisar as diferentes subescalas verifica-se que as médias obtidas na amostra dos Açores são sempre superiores às médias verificadas em Lisboa e nos Arredores de Lisboa (op. cit.). Estes resultados parecem estar relacionados com um acesso maior à informação pelos professores de Lisboa.

Um outro objectivo deste estudo foi analisar as principais diferenças entre pais e professores ao nível dos itens. Nesse sentido, é de realçar que os professores identificam como itens mais frequentes aqueles que estão associados à dificuldade em manter a atenção: “Desatento, distrai-se facilmente” (15,9%), “Tem um tempo curto de atenção” (11,4%), “Distraído ou apresentando tempo curto de atenção” (10,3%) e “Esquece-se das coisas que ele(a) já aprendeu” (10,2%). Estes resultados aparecem como concordantes com o estudo de Fonseca e colaboradores (1996), em que o item mais referenciado era “Distrai-se, tem problemas de concentração” da Escala de Conners-28.

Os valores menos referenciados pelos professores, enquadram-se na área da oposição e da impulsividade (Melo, 2003), comportamentos que tendem a ser mais referenciados em amostras do contexto clínico (Fonseca et al., 1998a).

No que diz respeito aos pais, os itens mais referenciados dizem respeito à área da irrequietude e desatenção (Melo, 2003). Nesse sentido, para além do comportamento “Discute/argumenta com o adulto” (16%), que surge para a autora como um dado “aberrante” (op. cit., p. 585), uma vez que não se correlaciona com os restantes itens da subescala de Comportamentos de Oposição onde está inserido, os restantes itens mais referenciados foram: “Mexe muito os pés e as mãos...” (15,2%), “Só presta atenção a coisas que realmente interessam” (14,1%), “Irrequieto, tem bichos-carpinteiros” (13,0%) e “Fica frustrado quando não consegue fazer alguma coisa” (12,5%)

Tal como nas escalas dos professores, também os pais tendem a referenciar como menos frequentes os comportamentos associados a problemas de oposição e impulsividade (op. cit.).

No que diz respeito à análise das correlações e diferenças entre as subescalas das versões para pais e dos professores, verificou-se que de uma forma geral, as médias da versão para pais são superiores às dos professores (op. cit.).

Na análise das correlações entre pais e professores nas diferentes subescalas, verificou-se que os valores mais baixos se verificam entre os comportamentos de oposição referenciados pelos professores e os problemas cognitivos/desatenção referenciados pelos pais e entre os problemas cognitivos/desatenção referenciados pelos professores e os comportamentos de oposição referenciados pelos pais. Nesse sentido, parece ser comprovada a falta de correlação entre os problemas ao nível da aprendizagem e problemas ao nível do comportamento, especificamente em termos de oposição (op. cit.).

Por outro lado, é ainda referida a particularidade de a correlação mais elevada se verificar na comparação da subescala dos problemas cognitivos/desatenção nas duas fontes de informação. Assim, perante verdadeiros problemas de aprendizagem, pais e professores parecem concordar na identificação das dificuldades. Sendo que esta concordância deixa de se verificar na subescala dos comportamentos de oposição, onde surgem os valores mais baixos de correlação (op cit.).

É ainda de referir, que a única subescala onde não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre pais e professores, foi a de Excesso de Actividade Motora, colocando-se assim a questão se esta subescala será ou não um bom indicador das dificuldades neste domínio (op. cit.). Contudo, e apesar desta questão ficar em aberto, os dados descritos parecem ir de encontro a resultados obtidos noutros estudos nacionais e internacionais, comprovando o bom nível preditivo destes instrumentos no diagnóstico da PHDA.

2.5 – Formas de Intervenção

Nos últimos anos, as formas de intervenção no âmbito da PHDA têm sido alvo de várias investigações, sobretudo a intervenção a nível psicofarmacológico. No entanto, por trás dessa investigação persiste a frustração de não existir “cura” para esta perturbação, mas sobretudo formas e estratégias de a gerir e controlar (Goldstein & Goldstein, 1998; Lopes, 2004).

Sendo assim, entre os diferentes tipos de intervenção podemos agrupar aqueles que têm como principal objectivo reduzir os sintomas primários ou específicos da PHDA, e aqueles que se direccionam para minorar os restantes problemas que acompanham esta perturbação (Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995).

A PHDA pelo carácter multidimensional dos comprometimentos que lhe estão associados não se pode reduzir a formas de intervenção isoladas, mas requer sobretudo uma visão holística que permita a combinação das mesmas (Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995).

Uma vez que este trabalho pretende analisar as percepções de diferentes grupos acerca das diferentes formas de intervenção ao nível PHDA, iremos apresentar sucintamente sobretudo as formas de intervenção, que no presente, reúnem maior suporte científico ao nível da eficácia.

2.5.1. Intervenção ao nível Escolar

Face às dificuldades sentidas ao nível do percurso académico, e sendo o contexto em que as crianças e jovens passam a maior parte do seu dia, a escola enquanto agente educativo deve ser um dos principais palcos de intervenção com estas crianças.

Nesse sentido DuPaul e Eckert (1997) após uma revisão das diferentes formas de intervenção neste contexto, apresentaram uma proposta de classificação que permite dividir as estratégias nas seguintes categorias:

- Intervenção ao nível académico;
- Intervenção ao nível comportamental;
- Intervenção ao nível cognitivo-comportamental.

Intervenção ao nível académico

Esta categoria diz respeito ao conjunto de técnicas utilizadas em contexto escolar no sentido de alterar/manipular esse mesmo contexto, de forma a realçar sobretudo as competências possuídas pelas crianças com PHDA (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

De entre estas técnicas destacam-se:

Psicoeducação – aumentar o nível de conhecimento dos professores acerca da perturbação em causa, neste caso, acerca da PHDA, de forma a que possam responder de forma adequada às diferentes necessidades que os alunos com esta perturbação apresentem (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Colaboração entre casa e escola – De forma a efectivar qualquer estratégia de intervenção ao nível académico, torna-se fundamental estreitar as relações entre o contexto familiar e o contexto escolar, nesse sentido, pais e professores devem comunicar de forma a definir objectivos realistas, dissipando culpas e trabalhando em conjunto para o bem-estar e sucesso destes alunos (op. cit.).

Estrutura da sala de aula – Um outro aspecto fundamental diz respeito à organização do ambiente vivido na sala de aula. Dessa forma, algumas das estratégias utilizadas dizem respeito à organização do próprio espaço (sendo a técnica mais comum, a aproximação dos alunos com PHDA para uma secretária junto do professor), a definição das regras da sala, bem como a atribuição de tarefas aos diferentes alunos para melhorar o seu comportamento e sua integração (op. cit.).

Exigência das tarefas – Tal como qualquer criança, também os alunos com PHDA, deverão ter tarefas com um nível de exigência adequado às suas reais capacidades (op. cit.). O trabalho independente deve ser operacionalizado em diferentes passos que o aluno deve ir realizando progressivamente (DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007). Um outro aspecto diz respeito ao *feedback*, que nos indivíduos com PHDA deve ser imediato, mais frequente, mais específico, e de preferência de forma continuada, de maneira a melhorar o seu desempenho (DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Técnicas de ensino – Ao nível das técnicas de ensino, deverá recorrer-se a diferentes estratégias de forma a promover a motivação destes alunos e evitar a sua saturação (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Por exemplo, Pffiner e Barkley (1998) sugerem que as aulas sejam dadas de uma forma entusiasta, num estilo orientado para as tarefas presentes e que permita participações activas e frequentes por parte dos alunos. Os mesmos autores sugerem ainda, que existindo essa possibilidade, se devem promover momentos de exercício físico ou tentar desenvolver a maioria das temáticas académicas no período da manhã para assim prevenir a fadiga dos diferentes alunos (op. cit.)

Recursos Tecnológicos – Uma outra estratégia potencialmente eficaz para trabalhar com crianças com PHDA é o recurso ao computador (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Nesse sentido, o computador parece ir de encontro às diferentes necessidades destas crianças, ao disponibilizar instruções passo a passo, ao organizar o conteúdo em porções mais reduzidas, ao fornecer um *feedback* imediato e ao permitir diferentes tentativas e avaliação das suas consequências, de forma a desenvolver o seu método de resolução de problemas (Wilkinson & Lagendijk, 2007)

Estas estratégias, mais do que controlar o comportamento das crianças com PHDA, devem ser promovidas com o grande objectivo de as envolver nas actividades académicas (Lopes, 2004). A regra final e aplicável a todos os alunos, é que mais do que corrigir, o professor deve-se preocupar em prevenir (DuPaul & Stoner, 2003). Mais do que ser reactivo, o professor deverá ser proactivo, sendo que num primeiro momento, deve ser feita um levantamento dos problemas específicos, no sentido de adaptar as diferentes componentes da intervenção às necessidades existentes (op. cit.).

DuPaul e Stoner (2003) propõem que se inicie o treino de competências e métodos de estudo, sobretudo no final do primeiro ciclo, início do segundo ciclo, período em que os trabalhos de casa e projectos a longo prazo começam a ser mais exigentes.

Outro aspecto diz respeito às expectativas, já que segundo Wilkinson e Lagendijk (2007), torna-se fundamental adequar as mesmas no sentido de facilitar o sucesso escolar destas crianças, sem comprometimento da sua auto-estima. Só assim será possível ajudá-las a lidar com as suas dificuldades, prevenindo o desenvolvimento de outros problemas ao nível comportamental ou emocional (op. cit.).

Intervenção ao nível comportamental

Este grupo de estratégias diz respeito ao comportamento do professor em resposta a situações de PHDA. Nesse sentido, trata-se de uma gestão efectiva de comportamentos através da aplicação de contingências (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Trata-se assim da forma clássica de modificação do comportamento, no sentido em que “procura controlar e moldar o comportamento através de mecanismos de influência exteriores” (Rebelo, 1997, p. 170).

Nesse sentido são utilizados 3 tipos de consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007):

- *O reforço positivo*. Trata-se de uma consequência que incentiva a continuação do comportamento a que esta se segue. Os programas mais conhecidos na intervenção com crianças com PHDA são os programas de *token*, os contratos (entre professor e aluno) (Rebelo, 1997; Wilkinson & Lagendijk, 2007). DuPaul e Stoner (2003) realçam que estes reforços devem assumir

sobretudo a forma de actividades e não tanto de recompensas físicas concretas. Os mesmos autores referem ainda que a utilização exclusiva de recompensas pode ser sentida como excessiva pela criança e desviar a sua atenção da tarefa em si (op. cit.). Assim, se necessário, os reforços podem e devem ser combinados com contingências negativas ligeiras e respectivo direccionar do comportamento, sendo que estas repreensões devem sempre ser feitas de uma forma breve, calma e, de preferência, em privado (op. cit.).

- *A extinção*. Trata-se de ignorar determinado comportamento de forma planeada e de maneira a que este reduza a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

- *A punição*. Trata-se de uma consequência negativa que pretende diminuir a frequência do comportamento a que esta se segue. Na intervenção na PHDA é comum assumir a forma de custo de resposta ou de *time-out* (Rebelo, 1997).

No que diz respeito à eficácia destas estratégias de intervenção, diferentes estudos parecem comprová-la (Wilkinson & Lagendijk, 2007), no entanto, o desafio persiste em conseguir integrar estes mesmos programas no funcionamento escolar regular (op. cit.). Nesse sentido, torna-se fundamental promover a autonomia de cada aluno, no sentido de que no futuro a criança seja capaz de auto-regular o seu comportamento e assim conservar os resultados a longo prazo (nível Cognitivo-Comportamental) (op. cit.).

Intervenção ao nível cognitivo-comportamental

Segundo este modelo de intervenção, a mudança do comportamento seria conseguida através da progressiva mudança da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações.

No caso específico da hiperactividade, procura-se através desta abordagem desenvolver nas crianças as capacidades mentais atrás referidas e que são fundamentais para a inibição do comportamento (Barkley, 1998, 2000; Meichenbaum & Goodman, 1971, cit. por Rebelo, 1997; Ross, 1979, cit. por Rebelo, 1997; Wilkinson & Lagendijk, 2007; Young, 2007).

Sendo assim, a abordagem cognitivo-comportamental aponta para a utilização de algumas técnicas fundamentais para a promoção da progressiva auto-regulação por parte da criança hiperactiva. São elas:

- Automonitorização

Com esta técnica, pretende-se ensinar à criança a capacidade de observar e controlar os seus comportamentos, registando-os (Barkley, 1998, 2000; DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

- Auto-reforço

Consiste em ensinar a criança a aplicar reforços a si própria. Este auto-reforço pode tomar a forma de fichas ou cartões, ou fugindo um pouco ao aspecto mais material, de um incentivo verbal, em que a criança diz a si mesma que está a ir bem (Ross, 1979, cit. por Rebelo, 1997; Barkley, 1998, 2000; DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007)

- Auto-instrução

Também esta estratégia se destina ao desenvolvimento de uma autonomização do próprio indivíduo, com o objectivo de que seja o próprio a controlar o seu comportamento. Esta estratégia parte de uma demonstração por parte do educador, seguida de repetição por parte da criança, que progressivamente vai-se autonomizando na realização da tarefa, auto-instruindo-se em como fazer e, progressivamente, auto-avaliando-se e auto-reforçando-se (Meichenbaum & Goodman, 1971, cit. por Rebelo, 1997; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Segundo DuPaul e Stoner (2003), o treino destas estratégias deveria ser uma constante na intervenção pedagógica a realizar ao longo do percurso escolar dos indivíduos com PHDA, sendo que as principais vantagens de utilização das mesmas, surgem em alunos mais velhos (op. cit.).

No entanto, estas estratégias não tendem a apresentar resultados tão positivos como as estratégias puramente comportamentais anteriormente apresentadas (Pelham, Wheele & Cronis, 1998; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

2.5.2. Intervenção ao nível Familiar

Tratando-se do contexto de actuação por excelência, é ao nível parental que surgem a maioria dos programas de intervenção ao nível da PHDA.

Apesar de não reunirem o mesmo consenso, os programas de intervenção psicossocial, parecem ultrapassar algumas limitações colocadas pela intervenção ao nível farmacológico (Pelham et al., 1998).

Assim, apesar de se verificar que 70% a 80% das crianças com PHDA respondem de forma positiva a uma intervenção com estimulantes, é importante salientar que os restantes tendem a não apresentar nenhum tipo de alteração no seu comportamento, ou até alterações que não vão na direcção esperada (Swanson, 1995, cit. por Pelham et al, 1998).

Por outro lado, tal como já foi referido enquanto factor preditivo desta perturbação, constata-se que muitas destas famílias apresentam disfunções em muitos outros domínios para além da PHDA, alcoolismo parental, stress e depressão maternal, entre outros (Goldstein & Goldstein, 1998; Johnston, 1996; Lopes, 2004). Sendo assim, segundo Pelham e colaboradores (1998), apesar dos comprovados benefícios da intervenção estimulante ao nível das interacções familiares, não há razão para acreditar que estes problemas desapareçam só com este tipo de intervenção.

É nesse sentido que surgem programas que combinam as práticas tipicamente comportamentais, com práticas cognitivo-comportamentais, neste caso dirigidas ao contexto familiar.

Existem diferentes programas de intervenção neste contexto, sendo que a maioria apresenta uma eficácia comprovada (cf. Pelham et al., 1998). Desses mesmos programas o mais divulgado é o proposto por Barkley (2002) e que assenta em 14 princípios:

1. Dar respostas e resultados de forma mais imediata à criança;
2. Dar respostas mais frequentes à criança;
3. Utilizar consequências mais potentes e mais abrangentes;
4. Utilizar incentivos antes de punir;
5. “Exteriorizar” o tempo e estabelecer pontes de tempo quando necessário;
6. Exteriorizar a informação importante no “ponto de realização”, isto é, no momento e no local crítico para a realização de uma tarefa;
7. Exteriorizar a fonte de motivação no ponto de realização;

8. Tornar o pensar e a resolução de problemas “mais físicos”;
9. Lutar por consistência;
10. Mais do que falar, agir;
11. Planificar com antecedência o que fazer em situações problemáticas;
12. Manter uma perspectiva de que a criança tem uma dificuldade específica;
13. Não personalizar os problemas da criança;
14. Praticar o perdão.

Na base deste programa estaria o modelo do mesmo autor, Barkley (2002), e que considera que na base das dificuldades apresentadas por estas crianças estaria uma dificuldade ao nível da organização das “funções executivas”.

Estas dificuldades, para além do comprometimento ao nível da capacidade de inibição e controlo do comportamento, pareciam também interferir com uma série de outras competências do indivíduo. Nomeadamente, (1) a capacidade de criar um senso do passado e do futuro; (2) Capacidade de comunicar consigo próprio, utilizando este discurso interno para controlar o seu comportamento; (3) Capacidade de separar factos de sentimentos; (4) Capacidade de internalizar a motivação; (5) Capacidade de destringir as informações ou mensagens em partes e recombinar essas mesmas partes, produzindo novas mensagens ou respostas (capacidade de análise e síntese) (op. cit.).

Segundo o mesmo autor, estas dificuldades, mais do que patologias, tratavam-se de desvios em relação ao padrão normal de desenvolvimento de cada uma delas (op. cit.).

Tratando-se a PHDA de um problema de não conseguir fazer aquilo que se sabe que deveria ser feito, este programa conduz os pais a orientarem os seus filhos no sentido da auto-regulação de forma a redireccionarem os seus comportamentos para objectivos futuros, promovendo a realização completa de tarefas e o cumprimento de regras (op. cit.).

2.5.3. Intervenção ao nível Farmacológico

Ao nível da intervenção farmacológica com indivíduos com PHDA podemos distinguir três grupos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos.

O tipo mais utilizado e que tem revelado resultados mais eficazes são os **estimulantes**.

A primeira utilização de estimulantes em indivíduos com PHDA foi descrita por Bradley (1937, cit. por Melo, 2003), que num grupo de 30 crianças em idade escolar, verificou alterações de comportamento em 50% do total.

Barkley (1998, 2000) ao rever os estudos realizados sobre a utilização de medicação estimulante, conclui por uma melhoria temporária na capacidade de inibir o comportamento.

Os estimulantes mais comuns na intervenção desta perturbação são a Ritalina®, Concerta® e Metadate® (metilfenidatos), a Dexedrina®, Adderall® e AdderallXR® (d-anfetaminas), e o Cylert® (pemolina).

Esta medicação actua no sentido de estimular áreas cerebrais que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo (Sousa, 2004). Sendo assim, ao serem medicadas as crianças com PHDA tendem a comportar-se de uma forma mais semelhante à das crianças sem PHDA, pelo que mais capazes de se controlar, direccionar o seu comportamento para o futuro, libertando-se progressivamente de serem controladas puramente por factores exteriores (Barkley, 2000).

No que diz respeito aos efeitos secundários da medicação estimulante, apenas 1% a 3% das crianças com PHDA se encontram impedidas de tomar qualquer tipo de medicação estimulante (Sousa, 2004).

No entanto, são relatados os seguintes efeitos colaterais: perda de apetite e perda de peso, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aumento da actividade eléctrica cerebral, insónia, tiques nervosos, psicose temporária, nervosismo, erupções cutâneas, náuseas, tonturas, dores de cabeça, comprometimento do crescimento (Sousa, 2004; Taylor et al., 2004).

Taylor e colaboradores (2004) distinguem nos efeitos mencionados, a insónia, como sendo um dos mais relatados. Em relação ao nervosismo, a disforia e a perda de apetite, são mais comuns sobretudo na fase inicial do tratamento.

As erupções cutâneas, as náuseas, as tonturas, as dores de cabeça, a perda de peso e as alterações na pressão sanguínea são referidos de uma forma menos frequente (op. cit.).

Segundo os mesmos autores, a epilepsia não deveria necessariamente ser considerada uma contra-indicação, uma vez que, apesar de ser referido que em experiências com animais se verificou que a utilização de metilfenidato tendia a

diminuir o limiar das convulsões, em crianças e adolescentes com epilepsia controlada a utilização desse psicofármaco parecia ser segura (op. cit.). No entanto, em situações em que a epilepsia não estivesse controlada, e caso se verificasse que as crises tendiam a aumentar com o recurso a esta forma de intervenção, a mesma deveria ser suspensa e ponderada a sua substituição por dexanfetaminas.

Segundo Sousa (2004), a longo prazo, não se verificam efeitos prejudiciais do recurso a estimulantes, sendo que perante a necessidade de se suspender esta forma de intervenção por alguma razão, a situação ou problemas encontrados tendem a normalizar no espaço de 24 horas.

O mesmo autor fala de uma taxa de 70% a 90% de eficácia comprovada em cerca de 250 estudos científicos bem controlados e tantos outros, menos bem controlados.

No mesmo sentido, Taylor e colaboradores (2004) referem que a intervenção com estimulantes reduz, de forma significativa e célere, a agitação motora, o défice de atenção e a impulsividade, tendendo a melhorar a qualidade das interações sociais, a complacência e a diminuir os comportamentos agressivos (op. cit.).

No que diz respeito aos **tranquilizantes e antidepressivos**, são sobretudo utilizados quando a medicação estimulante não surte o efeito esperado ou origina efeitos secundários indesejáveis. No entanto, raramente este tipo de medicação é utilizada como primeira opção de tratamento, quer pelo facto dos seus efeitos serem menos duradouros, quer pelo número maior de efeitos prejudiciais, tais como problemas cardíacos ou aumento da pressão arterial (Melo, 2003).

Segundo Sousa (2004), a escola seria o local por excelência para identificar situações passíveis de serem contornadas através da intervenção farmacológica, nesse sentido psicólogos escolares e outros profissionais do ensino deveriam estar munidos de informação de forma a sinalizar dificuldades e se necessário propor este tipo de intervenção.

Assim, deveriam ser levados em linha de conta os seguintes factores (op. cit.):

- Dar prioridade a outras formas de intervenção não farmacológicas sempre que possível;
- Verificar a severidade dos sintomas e alterações do comportamento, no sentido de verificar a necessidade deste tipo de intervenção específica;

- Verificar a atitude dos pais em relação à intervenção farmacológica, no sentido de os esclarecer em relação às vantagens e desvantagens deste tipo de intervenção;
- Garantir que a administração da medicação é feita com supervisão dos adultos, preferencialmente os pais;
- Avaliar a atitude da criança ou jovem em relação à intervenção farmacológica, disponibilizando-lhes informação acerca dos seus benefícios de forma a promover a sua aceitação.

Ao longo da literatura, parece haver consenso que apesar das altas taxas de eficácia deste tipo de intervenção, a decisão pela mesma não deve ser um processo automático perante um diagnóstico de PHDA (Barry et al., 2007; Lopes, 2004; Pelham & Gnagy, 1999, cit. por Melo, 2003).

Assim, torna-se fundamental atender aos factores referenciados, no sentido de verificar se esta é ou não a resposta mais adequada para a situação vivenciada.

2.5.4. Considerações Acerca das Formas de Intervenção

Em jeito de conclusão convém sublinhar que não existe uma mesma solução para todos os problemas, pelo que deverão ser desenvolvidos diferentes programas de intervenção respeitando a individualidade de cada criança ou adolescente (DuPaul & Stoner, 2003)

Segundo estes autores, é necessário atender: em primeiro lugar, ao nível académico em que se encontra a criança ou adolescente; em seguida, à contextualização do comportamento problemático; em terceiro lugar, à definição de quais os principais comportamentos a ser alvo de intervenção; e por quarto, e último lugar, deve-se ter em conta o estilo próprio de cada educador, pois o mesmo pode influenciar ou comprometer a utilização eficaz da estratégia interventiva seleccionada.

Só assim, poderemos evitar soluções generalistas, que apesar de eficazes para algumas situações, não o são para a grande maioria.

Whalen e Henker (1991, cit. por Godstein & Goldstein, 1998) propõem no seu estudo alguns vectores que deverão ser analisados na avaliação de cada estratégia.

Aplicabilidade: Que quantidade de problemas podem ser tratados, e qual o grau de eficácia?

Adaptabilidade: Com que celeridade pode o tratamento ser adaptado de forma a dar resposta a exigências clínicas e questões de desenvolvimento particulares?

Facilidade em ser comunicado ou ser ensinado: Com que celeridade podem as técnicas terapêuticas básicas ser identificadas e ensinadas?

Disponibilidade: Uma vez concluída a investigação e os projectos de demonstração iniciais, com que celeridade pode o tratamento ser disponibilizado pelos profissionais locais e perante as exigências do contexto real?

Possibilidade de controlo: Com que celeridade podem os padrões da intervenção ser assegurados em diferentes contextos administrativos, filosóficos e geográficos?

Compatibilidade: Com que celeridade pode o tratamento ser combinado com outras formas de intervenção necessárias ou desejáveis?

Durabilidade: Qual a estabilidade ou previsibilidade da melhoria ao longo da intervenção, e qual a duração dos ganhos adquiridos após a interrupção da mesma?

Possibilidade de generalizar os ganhos: Com que facilidade podem os ganhos serem extrapolados para além dos limites e contextos de intervenção?

Efeitos secundários: Quanto comprometedores e graves podem ser os efeitos secundários ou indesejáveis do tratamento?

Praticabilidade: Qual a possibilidade de lidar com os custos temporais, psicológicos, económicos e outros, impostos à criança e aos outros significativos?

Visibilidade: Qual a possibilidade de a criança ser estigmatizada devido à sua participação no tratamento?

Apetência: Qual a correspondência entre os objectivos e valores do cliente e as filosofias ou técnicas terapêuticas?

Lopes (2004) refere a noção de Santíssima Trindade da Intervenção na PHDA, referindo-se à importância de atender ao tempo, ao momento e aos agentes, de forma a maximizar a eficácia da estratégia escolhida, factores também já referidos por Barkley (2000).

Sendo que a literatura parece comprovar as vantagens de uma intervenção o mais precoce possível (DuPaul & Stoner, 2003), Lopes (2004) alerta para possíveis precipitações, evidenciando que cada estratégia deve ter um tempo adequado para ser implementada.

Sendo assim, a intervenção deve ser pensada e abordada atendendo sempre às necessidades, mas também, capacidades de cada indivíduo.

Segundo Barkley (2000), o principal problema dos indivíduos com PHDA não é tanto não saber o que fazer, mas sobretudo não conseguir fazer o que sabem que deve ser feito. Nesse sentido, Lopes (2004) refere “A intervenção deverá por isso orientar-se fundamentalmente para a ajuda à *realização* daquilo que os sujeitos sabem fazer no *momento* em que é adequado fazê-lo” (p. 200).

No que diz respeito aos agentes de intervenção, pela revisão da literatura apresentada parece haver um consenso ao afirmar que criança, família e escola são 3 vectores que não podem ser desligados (Barkley, 2000; Lopes, 2004; Melo, 2003).

Assim, e apesar dos diferentes estudos atestarem a eficácia da Intervenção Psicofarmacológica, verifica-se que a longo prazo esses resultados são mais efectivados se a esta acrescentarmos uma intervenção mais abrangente que envolva os pais e as escolas a que esses indivíduos pertencem (Barry et al., 2007; Lopes, 2004; Pelham & Gnagy, 1999, cit. por Melo, 2003).

Nesse sentido, parece cada vez mais importante recorrer a programas de intervenção, tais como, a Intervenção Multimodal (MTA Cooperative Group, 1999), que combina a intervenção farmacológica e a intervenção a nível comportamental, e não tanto a formas de intervenção utilizadas de forma isolada (Rodrigues, 2008).

Parece-nos ainda importante propor algumas sugestões mais alargadas no âmbito da intervenção pedagógica. Sendo assim, importa referir que há ainda muito trabalho a fazer, e em relação à PHDA estão a ser descuidados alguns aspectos que nos propomos a apresentar.

Em primeiro lugar, é de realçar a pouca importância que é dada ao facto desta perturbação não ser específica da infância, sendo esquecidas as dificuldades sentidas por estes jovens ao chegarem à adolescência ou mesmo à idade adulta. Numa fase em que é esperada uma grande independência por parte dos alunos, seria importante reflectir sobre as dificuldades experimentadas pelo adolescente com PHDA, no sentido de promover o seu sucesso escolar (DuPaul & Stoner, 2003).

Verifica-se assim, que com a chegada ao ensino secundário é pedido aos adolescentes que sejam autónomos no seu estudo, isto é, que possuam métodos e estratégias de auto-regulação ao nível escolar. No entanto, estas capacidades não são ensinadas ou treinadas em anos anteriores, são somente exigidas, enquanto fruto esperado da maturação cognitiva e emocional da adolescência (op. cit.). No entanto, ainda que esta assumpção seja válida para a maioria dos adolescentes, não o é para adolescentes com PHDA, que vêm seriamente comprometidas as suas possibilidades de vencerem ao nível escolar e profissional.

Em segundo lugar, verifica-se que estes jovens no seu percurso tendem a passar por diversos técnicos, havendo muitas vezes sobreposição de intervenções, bem como lacunas por falta de comunicação. Este facto, aliado a deixarem de ter um só professor, torna necessária a nomeação de alguém que coordene a comunicação e as diferentes intervenções praticadas em casa, na escola e na comunidade (op. cit.).

Em terceiro lugar, continuam-se a verificar erros ao nível pedagógico cometidos por docentes que, por não saberem lidar com este tipo de situações, tentam pela auto-formação aperfeiçoar a sua prática. DuPaul e Stoner (2003) apontam para a necessidade de se englobar na formação inicial dos professores, formação específica sobre as dificuldades e estratégias interventivas para esta perturbação.

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

III – OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho assume-se como um estudo exploratório, sobretudo analítico, interpretativo e descritivo, quer ao nível dos objectivos, quer ao nível metodológico.

Trata-se de um estudo em que se pretende efectuar um inventário das representações que diversos técnicos – com contacto directo ou não com crianças com PHDA – possuem acerca de diferentes questões relacionadas com esta perturbação.

Pretende-se também analisar as relações existentes entre dados demográficos (actividade profissional e número de anos de exercício da mesma) e respectivas respostas, tentando criar perfis de respostas, partindo-se de co-relações estatisticamente significativas. Explorar-se-ão ainda as interrelações entre outras variáveis, com destaque para as que se reportam à frequência de contacto com crianças com PHDA e à percepção da gravidade da perturbação.

No âmbito do estudo apresentado por Fonseca e colaboradores (1998b) e da revisão bibliográfica efectuada, foram deixadas algumas questões em aberto e é no seguimento das mesmas que surge o presente trabalho.

- Uma primeira questão diz respeito ao facto de a amostra do estudo de Fonseca e colaboradores (1998b) ser constituída por adultos, na sua maioria estudantes. Tal como constatámos pelos estudos anteriormente apresentados, verifica-se que os conhecimentos e as percepções tendem a variar em função da actividade profissional (Curtis et al., 2006; Graczyk et al., 2005; Pentecost & Wood, 2002).

Nesse sentido, esta proposta de estudo propõe-se fazer essa análise no sentido de verificar a existência ou não das mesmas diferenças no nosso país.

- Uma outra questão que deve ser esclarecida diz respeito aos critérios de diagnóstico e, em particular, aos sintomas a que os técnicos atribuem maior gravidade (Salt et al., 2005). Pretende-se, deste modo, aceder aqueles que são considerados nucleares e verificar se existe ou não uma atribuição de maior gravidade a sintomas ligados às dificuldades de atenção e hiperactividade em detrimento dos associados à impulsividade, tal como foi verificado em investigação anterior (Fonseca et al., 1996; Fonseca et al., 1998b; Melo, 2003).

No nosso estudo, utilizámos itens comuns à versão para professores da Escala reduzida de Conners e à Escala de Avaliação de PHDA-IV, versão escolar de DuPaul e colaboradores (1998, cit. por Lopes, 2004).

- Face à constante investigação ao nível da etiologia e alguns mitos que parecem prevalecer na nossa sociedade (Berkle, 2004; Fonseca et al., 1998b; Ghanizadeh et al., 2006; Jerome et al., 1994, Jerome et al., 1999), pretende-se também identificar qual a percepção dos diferentes técnicos acerca das causas desta Perturbação e se este conhecimento estará ou não relacionado com o nível de eficácia atribuída a diferentes formas de intervenção, uma vez que estudo anteriores tendem a referir, por exemplo, a concordância com a intervenção farmacológica mesmo quando não se apontam causas biológicas como estando na origem desta perturbação (Fonseca et al., 1998b; Glass & Weigar, 2000; Salt et al., 2005).

- Procura-se, também, averiguar as percepções de eficácia em relação a diferentes formas de intervenção e práticas educativas. Pretende-se assim analisar se existe uma preferência por formas de actuação mais positivas por oposição a atitudes mais rígidas e restritivas (Martens et al., 1986; Power et al., 1995), bem como o seu nível de confiança dos técnicos em estratégias em que possam ser eles próprios os responsáveis pela intervenção.

- Pretende-se ainda, avaliar quais os encaminhamentos para diferentes profissionais externos à família (Fonseca et al., 1998b; Salt et al., 2005), bem como as razões apontadas para a não efectivação desse encaminhamento.

- Visa-se, igualmente, analisar a influência do número de anos de experiência profissional ao nível do contacto e percepção de gravidade da PHDA, identificação das causas explicativas desta perturbação, eficácia atribuída e recurso efectivo a diferentes formas de intervenção (incluindo a intervenção farmacológica). A este respeito, verifica-se que apesar da maioria dos estudos previamente realizados (Pentecost & Wood, 2002; Sciutto et al., 2000; Vereb & DiPerna, 2004) apontar para um impacto do número de anos de experiência profissional ao nível das percepções acerca desta perturbação, alguns estudos não verificaram essa mesma relação (Fernández et al., 2007; Sciutto et al., 2004), pelo que importa clarificar essa relação na amostra analisada.

- Também no que diz respeito à influência da experiência prévia com crianças com PHDA, a investigação realizada não é inteiramente consistente, havendo estudos

que tanto corroboram a sua influência ao nível das percepções acerca desta perturbação (Fernández et al., 2007; Sciutto et al., 2000), como outros que a refutam (Power et al., 1995; Sciutto et al., 2004; Vereb e DiPerna, 2004). Nesse sentido, o presente estudo pretende também analisar a influência do contacto prévio com crianças com PHDA e a percepção da gravidade desta perturbação, a identificação das causas explicativas desta perturbação, a eficácia atribuída e o recurso efectivo a diferentes formas de intervenção (incluindo a intervenção farmacológica).

- No que diz respeito à intervenção farmacológica, será ainda analisada a associação entre o nível de concordância com a mesma e o nível de gravidade atribuído a diferentes sintomas e à perturbação em geral.

IV – MÉTODO

4.1 – Amostra

4.1.1 – Selecção da Amostra

A amostra foi constituída por técnicos provenientes de diferentes instituições da região litoral de Leiria no sentido de identificar possíveis diferenças nos perfis de resposta.

Assim, para constituição do grupo amostral foram contactadas as escolas com maior dimensão do concelho de Leiria e algumas de concelhos limítrofes.

Nesse sentido, e tendo em conta que as restantes escolas não mostraram disponibilidade em participar no presente estudo, foram seleccionadas as escolas EB 2,3 de Albergaria dos Doze (concelho de Pombal), o Agrupamento de Escolas Correia Mateus, o Agrupamento de Escolas dos Marrazes e o Agrupamento de Escolas da Maceira (todas do concelho de Leiria), bem como os serviços privados de intervenção psicopedagógica, “Crianças com Ritmo” e “Psicofoz” (da cidade de Leiria).

Nessas escolas e instituições foram seleccionados Professores, de ensino regular e de educação especial, Psicólogos, e outros técnicos com contacto directo com crianças.

A decisão pelo distrito de Leiria foi por conveniência da autora do presente estudo, uma vez que aí reside e exerce a sua actividade profissional.

4.1.2. Caracterização da amostra

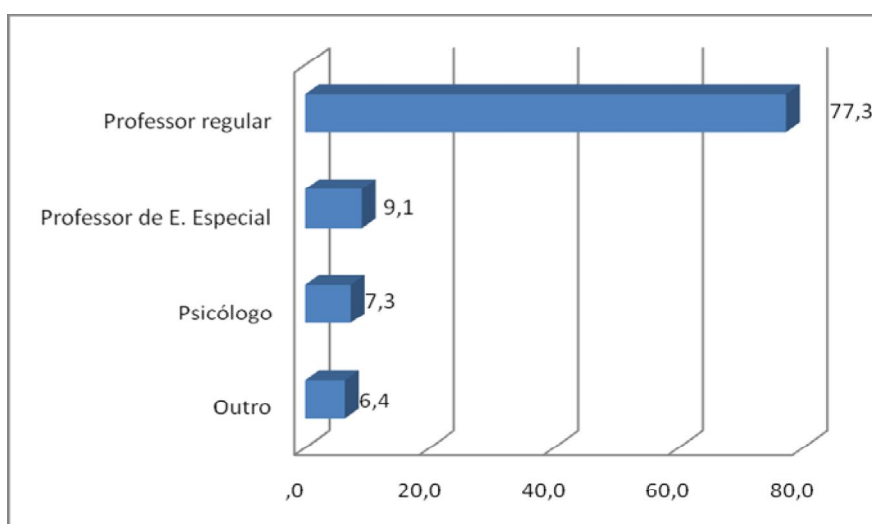
Faz parte deste estudo uma amostra de 110 técnicos proveniente de Estabelecimentos de Ensino Público do concelho de Leiria (53,6%) e de Pombal (24,5%) e de serviços privados de intervenção psicopedagógica também de Leiria (21,8%).

Em termos de idades, pode-se considerar que estamos perante uma população jovem adulta, dado que as idades compreendem o intervalo de 26 a 55 anos ($M= 36,53$ e $D.P.= 8,11$). Não se justificando a necessidade de abordar esta variável de um modo detalhado, optou-se por criar três escalões, ou seja, 51,8% dos inquiridos têm idades compreendidas entre os 24 e os 35 anos, 30,9% têm idades entre os 36 e os 45 anos e 17,3% têm entre 46 e 55 anos.

Verifica-se uma esmagadora maioria de profissionais do sexo feminino, 83,6% face a 16,4% do sexo masculino.

No que concerne à actividade profissional (Gráfico 1) exercida, constatou-se que a grande maioria dos profissionais são professores do ensino regular (77,3%), seguidos pelos professores de educação especial (9,1%), por psicólogos (7,3%) e outras categorias (6,4%) (2 Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação, 2 Terapeutas Ocupacionais, 2 Terapeutas da Fala e 1 Professor de Informática do 1º Ciclo).

Gráfico 1 – Percentagem das Actividades Profissionais dos inquiridos.



Em relação ao ciclo de ensino, não existem dados concretos, uma vez que as escolas por serem sede de agrupamento distribuíram os questionários entre professores do 1º, 2º e 3º ciclos.

Em relação às habilitações académicas, 86,4% são licenciados, 4,5% têm bacharelato e 9,1% detêm outro grau académico (4 com Pós-Graduação, 5 com Mestrado e 1 com Doutoramento).

A experiência destes profissionais oscila entre um ano e os 35, pelo que houve necessidade de recodificar esta variável em 4 grupos, os que exercem actividade há 5 ou menos anos (32,7%), os que exercem entre 6 a 10 anos (21,8%), entre 11 e 20 anos (26,4%) e, por fim, os que desempenham a actividade há mais de 20 anos (19,1%).

Numa análise mais pormenorizada podemos ver a categorização de cada um dos grupos profissionais nas Tabelas 1, 2, 3 e 4, respectivamente, para os professores de

ensino regular, professores de educação especial, psicólogos e profissionais de outras categorias.

Tabela 1 – Análise descritiva da caracterização do grupo de professores de ensino regular

Professor do ensino regular	<p>Média da idade: 37,2 anos Desvio-padrão: 8,26</p> <p>Média do tempo de serviço: 12,49 anos Desvio-padrão: 8,81</p> <p>Sexo: Feminino - 69 – 81,2% Masculino - 16 – 18,8%</p> <p>Residência: Leiria: 37 – 43,5% Pombal: 13 – 15,3% Outro: 35 – 41,2%</p> <p>Habilitações literárias: Bacharelato: 4 – 4,7% Licenciatura: 74 – 87,1% Outro: 7 – 8,2%</p>
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 2 – Análise descritiva da caracterização do grupo de professores de educação especial

Professor de E. Especial	<p>Média da idade: 38,20 Desvio-padrão: 9,50</p> <p>Média do tempo de serviço: 14,30 Desvio-padrão: 10,86</p> <p>Sexo: Feminino - 10 – 100% Masculino - 0 – 0,0%</p> <p>Residência: Leiria: 6 – 60,0% Pombal: 0 – 0,0% Outro: 4 – 40,0%</p> <p>Habilitações literárias: Bacharelato: 0 – 0,0% Licenciatura: 7 – 70,0% Outro: 3 – 30,0%</p>
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 3 – Análise descritiva da caracterização do grupo de psicólogos

Psicólogo	<p>Média da idade: 32 anos Desvio-padrão: 3,67 Média do tempo de serviço: 5,13 anos Desvio-padrão: 3,00</p> <p>Sexo: Feminino - 7 – 87,5% Masculino - 1 – 12,5%</p> <p>Residência: Leiria: 7 – 87,5% Pombal: 0 – 0,0% Outro: 1 – 12,5%</p> <p>Habilitações literárias: Bacharelato: 1 – 12,5% Licenciatura: 7 – 87,5% Outro: 0 – 0,0%</p>
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 4 – Análise descritiva da caracterização do grupo de profissionais de outras categorias

Outro	<p>Média da idade: 31,14 anos Desvio-padrão: 4,18</p> <p>Média do tempo de serviço: 8,29 anos Desvio-padrão: 4,82</p> <p>Sexo: Feminino - 6 – 83,6% Masculino - 1 – 16,4%</p> <p>Residência: Leiria: 3 – 42,9% Pombal: 0 – 0,0% Outro: 4 – 57,1%</p> <p>Habilitações literárias: Bacharelato: 0 -0,0% Licenciatura: 7 – 100,0% Outro: 0 – 0,0%</p>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 – Instrumento

4.2.1 – Composição e elaboração

A recolha de dados foi efectuada por um questionário (Anexo 1) devidamente elaborado tendo em conta os objectivos do estudo e as características da amostra definida.

Esse mesmo questionário inicia-se com as instruções, as quais contêm a apresentação do estudo, o tipo de informação que se pretende obter e o seu uso futuro e referências destinadas a assegurar a colaboração dos respondentes.

Este instrumento foi constituído por perguntas de resposta aberta e perguntas de resposta fechada, dividindo-se as mesmas em três partes, sendo que apenas a primeira está formalmente identificada no texto do questionário.

A opção de colocar questões dos dois tipos, incidiu numa avaliação das vantagens e desvantagens de cada um (Günther, 2003; Hill & Hill, 2005; Moreira, 2004). Assim, pareceu-nos fundamental recorrer a perguntas abertas por forma a acolher todas as opções de resposta e sem perder informação.

No que diz respeito aos itens com resposta fechada, optou-se, sobretudo, por itens com escala referenciada, do tipo Likert, no sentido de estabelecer níveis equitativos de resposta. Optou-se por este tipo de escala uma vez que esta permite aos inquiridos não só afirmarem se concordam ou não com o item evidenciado, como também referirem o seu grau de concordância ou discordância com o mesmo. Nesse sentido, é atribuído um valor numérico que reflecte a sua atitude em relação a essa afirmação.

A decisão quanto ao número de níveis da escala baseou-se no facto das formas mais comuns desta escala terem 4 ou 5 opções, dado ser difícil elaborar mais do que 5 definições com intervalos aproximadamente iguais entre si (Moreira, 2004).

Por outro lado, ao existir um número ímpar, verifica-se a existência de uma posição intermédia que permite ao respondente ter a opção de não se comprometer com a sua resposta (Günther, 2003).

Para além disso, e tendo em conta que o número de possibilidades de resposta a algumas das questões é muito elevado, optou-se por itens constituídos por alternativas, nomeadamente na identificação das causas explicativas da PHDA e no recurso a profissionais externos à família.

Em relação à divisão proposta, uma primeira parte foi destinada à identificação das variáveis demográficas.

Numa segunda parte foram avaliadas as percepções dos técnicos sobre algumas questões relacionadas com a PHDA. Para definição das possibilidades de resposta

partiu-se, nalguns casos, de categorias identificadas em alguns estudos anteriormente apresentados:

Na questão 1, procurou identificar-se a frequência com que estes técnicos se têm deparado com crianças com PHDA na sua actividade profissional.

Na questão 2, procurou identificar-se o nível de gravidade que atribuem à PHDA.

Na definição da questão 3, partiu-se de uma proposta lançada no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b) de se recorrer a um outro meio de classificação e diagnóstico que não à lista de sintomas constante da DSM. Nesse sentido, foi confrontada a versão para professores da Escala reduzida de Conners, com a versão escolar da Escala de Avaliação de PHDA-IV de DuPaul e colaboradores (1998, cit. por Lopes, 2004), no sentido de identificar os itens que se repetiam nos dois instrumentos.

Foram assim identificados 21 itens que foram dispostos de forma aleatória independentemente da subescala a que pertenciam.

Para definição das possibilidades de resposta da questão 4, recorreu-se às causas etiológicas identificadas no trabalho apresentado por Fonseca e colaboradores (1998b) bem como de uma revisão da literatura mais recente (Arnsten, 2007; Barkley, 2002; Lopes, 2004; Melo, 2003; Middleton & Faraone, 2007). Assim, partindo-se da investigação, foram identificadas 4 grandes categorias de resposta: Factores Genéticos, Factores associados ao funcionamento familiar; Factores Neurológicos; Factores Tóxicos (Nicotina, Álcool, outras substâncias).

Para além destas possibilidades, foram identificadas as complicações pré-natais e perinatais, infecções virais e bacterianas, açúcar e outros alimentos, demasiada televisão e o facto de se poder tratar de um produto da sociedade (“doença da moda”).

Estas últimas categorias foram incluídas uma vez que a literatura não é conclusiva em relação ao poder explicativo das mesmas e alguns estudos relativamente recentes continuam a apontar para a possibilidade de persistirem erros na identificação dessas mesmas causas (Bekle, 2004; Fonseca et al., 1998b; Ghanizadeh et al., 2006; Jerome et al., 1994; Jerome et al., 1999).

Foi ainda dado espaço para outras possibilidades de resposta, bem como para a possibilidade de o respondente não ter opinião formada.

Este último tipo de resposta pretende, tal como proposto por Moreira (2004), abarcar todo o tipo de posições, no sentido de não forçar o respondente a optar por uma das respostas existentes quando tem dúvidas acerca do assunto em causa.

Numa terceira parte do questionário, pretendemos avaliar mais em pormenor as diferentes percepções acerca das diferentes formas de intervenção.

Assim, na questão 5, pretendemos avaliar a percepção da eficácia das diferentes formas de intervenção junto de crianças com PHDA. Foram identificadas as principais categorias de resposta evidenciadas pelo estudo de Fonseca e colaboradores (1998b) bem como as evidenciadas na revisão da literatura mais recente (Lopes, 2004; Melo, 2003; Taylor et al., 2004)

De seguida, procurou-se clarificar as diferentes representações acerca do recurso a Profissionais Externos à família, o recurso a Intervenção Farmacológica e o recurso a diferentes Práticas Educativas.

Dada a impossibilidade de adoptar totalmente um instrumento já existente que servisse esta investigação, lançámo-nos na tarefa da sua construção.

Numa fase inicial, o instrumento foi submetido à apreciação crítica da Orientadora da presente Dissertação, no sentido de avaliar o grau de adequação e representatividade dos itens referenciados.

Neste âmbito, foram elaboradas sucessivas versões do questionário tendo-se atendido: ao formato dos itens que melhor se coadunava com os objectivos do mesmo; à ordem dos itens no texto do questionário, colocando, por exemplo, em primeiro lugar questões mais gerais; aos critérios que devem presidir à redacção dos itens, no sentido de assegurar as respectivas clareza e correcção (DeVellis, 2003; Hill & Hill, 2005; Moreira, 2004; Oppenheim, 1992). Por exemplo, nas questões relacionadas com a gravidade atribuída a cada um dos sintomas apresentados, optou-se por uma escala referenciada cujas opções de resposta distam de forma equitativa entre si, isto é, procurou manter-se a simetria entre a definição dos itens positivos e negativos de forma a não enviesar a tendência da resposta (op. cit.). A construção das questões também procurou sempre assegurar essa neutralidade (op. cit.).

Numa segunda etapa, foi verificada a adequação desta mesma versão prévia junto de uma amostra de 10 técnicos escolhidos de forma acidental. Nesta verificação, foi possível avaliar a validade do conteúdo em termos de grau de acessibilidade e compreensão dos itens pelos sujeitos. Desta mesma verificação não foram sugeridas propostas ou colocadas novas questões, pelo que o questionário original foi mantido e passado ao respectivo grupo amostral.

4.2.2 – Aplicação

A distribuição e recolha dos questionários decorreu entre os meses de Janeiro de Maio de 2009.

Foi assim distribuído o questionário por diferentes escolas dos concelhos referidos, bem como pelos serviços de intervenção psicopedagógica previamente seleccionados e que tinham acedido em participar. Foram distribuídos 180 questionários, sendo que apenas 110 foram efectivamente respondidos e devolvidos. Verificou-se assim, uma taxa de resposta de 61,11%

Os questionários foram entregues a um representante do Concelho Executivo das Escolas ou estabelecimento em questão, a quem foram referidos verbalmente os objectivos do presente estudo, tendo-se o mesmo disponibilizado por fazer a distribuição entre os diferentes colegas. A autora do presente estudo disponibilizou ainda os seus contactos pessoais para qualquer contacto ou esclarecimento, sendo que tal não se justificou.

Sendo assim, e após o prazo pré-estabelecido com as escolas de 1 mês, a autora deslocou-se às instituições, onde efectuou a recolha dos questionários previamente preenchidos.

V – RESULTADOS

Para tratamento dos dados obtidos foi utilizado o programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 17.0 para o Windows.

Nesse âmbito, foi feita uma análise descritiva das variáveis demográficas sendo calculadas as médias, desvios-padrão, frequências relativas e/ou absolutas.

No que diz respeito às restantes questões, foram analisadas quantitativamente através das análises inferenciais adequadas, calculando e apresentando as respectivas tabelas.

No sentido de verificar as questões levantadas por este estudo, os dados foram analisados de forma a estabelecer correspondências intra e intergrupos.

No que se refere à actividade profissional, apresentam-se os valores médios ou percentuais obtidos nas diversas questões. No entanto, e dado que, ao contrário do pretendido inicialmente, os grupos dos professores de educação especial, psicólogos e profissionais inseridos noutras categorias, viriam a ser constituídos por um número reduzido e não representativo de sujeitos, optou-se por não efectuar outras comparações.

Foi efectuada uma análise do grau de associação entre a variável *Contacto* e percepção da *Gravidade* desta perturbação, bem como entre estas variáveis e a percepção da gravidade dos diferentes *Sintomas*, e concordância com a *Intervenção Farmacológica*. Foi ainda analisada a tendência de resposta ao nível das *Causas explicativas* em função das variáveis referidas.

Pretendeu-se ainda identificar o grau de associação entre o *Número de anos de experiência profissional* do grupo em questão e o seu *Contacto com a perturbação*, percepções acerca da *Gravidade* e concordância com *Intervenção Farmacológica*.

Procurou ainda analisar-se a influência dessa mesma variável, *Número de anos de experiência profissional*, na percepção de gravidade dos *Sintomas*, na identificação das *Causas Explicativas*, na percepção de *Eficácia das Formas de Intervenção na PHDA* e no *Recurso a Profissionais Externos*.

No que diz respeito ao recurso a *Profissionais Externos* e às *Práticas Educativas*, foram comparadas as diferentes médias para cada uma das opções de resposta (“recomendou” e “não recomendou”) através de um teste *t de Student* (Andrews et al., 1981) para amostras independentes, sempre que se analisaram grupos com uma dimensão superior a 30 respondentes. No que diz respeito à comparação das médias de anos de experiência profissional e frequência de contacto com esta

perturbação entre os grupos que recomendaram e não recomendaram *Intervenção Farmacológica*, teve de se recorrer ao teste Shapiro-Wills no sentido de analisar a normalidade da distribuição das respectivas variáveis, uma vez que um dos grupos tinha uma dimensão bastante reduzida (N= 26) (op. cit.). Uma vez que não se verificou essa mesma normalidade, optou-se pela mais comum alternativa não paramétrica ao teste *t de Student*, o teste de Mann-Whitney (op. cit.)

No que diz respeito ao grau de associação entre as diferentes variáveis recorreu-se ao Coeficiente de Pearson, uma vez que a dimensão da amostra é considerável (N=110) e tratam-se de variáveis quantitativas (op. cit.).

Contacto e Gravidade da PHDA

Em relação ao contacto que os diferentes profissionais anteriormente mencionados têm com crianças que sofrem de PHDA, verificou-se que, com a excepção de um indivíduo, os restantes já estiveram em contacto directo com crianças com esta perturbação (99,1%).

A grande maioria dos 110 profissionais (52,7%) já se viram nesta situação “algumas vezes” ao longo do exercício da sua actividade; 24,5% mencionam que é uma realidade “frequente”, 2,7% afirmam ser uma prática comum, ou seja, “muito frequente”. Por outro lado, 19,2% afirmaram que “raramente” contactaram com esta perturbação.

Numa análise mais pormenorizada, verifica-se que são sobretudo os técnicos com maior experiência profissional que têm um maior contacto com esta perturbação (M=3,43), sendo que os profissionais menos experientes são os que parecem referir uma menor frequência de contacto (M=2,86) (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise descritiva da Frequência de contacto em função da Experiência Profissional

Experiência Profissional	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
5 anos ou menos	36	1	5	2,86	0,72
6-10 anos	24	2	5	3,13	0,80
11-20 anos	29	2	5	3,10	0,72
21-35 anos	21	2	4	3,43	0,75
Total	110	1	5	3,09	0,76

De facto, ao analisarmos a relação entre estas duas variáveis através do coeficiente de correlação de Pearson, verifica-se que possuem uma correlação positiva e moderadamente significativa ($R=,24$ para $p<0,05$).

No que diz respeito à categoria profissional com maior frequência de contacto com este tipo de perturbação (Tabela 6), é de salientar que são os profissionais inseridos na categoria “Outro” ($M=3,71$) e o professor de educação especial ($M=3,40$). Ainda que todas as actividades profissionais tenham tido uma média próxima ou superior a 3, é, no entanto, de salientar o facto de a menor frequência de contacto ser apontada pelos psicólogos ($M=2,88$). Tal poderá ficar a dever-se ao facto de ser o grupo profissional mais jovem em termos etários e com a média de anos de serviço mais baixa (cf. Tabelas 1, 2, 3 e 4).

Tabela 6 – Análise descritiva da Frequência de contacto em função da Actividade Profissional

Actividade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Professor regular	85	2	5	3,02	0,74
Professor ed. especial	10	3	4	3,40	0,52
Psicólogo	8	1	4	2,88	0,99
Outro	7	3	5	3,71	0,76
Total	110	1	5	3,09	0,76

No que diz respeito à gravidade, a maioria dos inquiridos consideram esta patologia como “grave” (53,6%), 1,8% consideram-na “muito ligeira”, 16,4% como “ligeira”, 27,3% como “nem ligeira nem grave” e 0,9% como “muito grave”.

Numa análise das médias do nível de gravidade em função da actividade profissional, verifica-se na Tabela 7, que os professores de educação especial são os que indicam um maior nível de gravidade desta perturbação ($M=3,50$), sendo que os restantes grupos de profissionais evidenciam valores próximos deste.

Tabela 7 – Análise descritiva da Gravidade em função da Actividade Profissional

Actividade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Professor regular	85	1	5	3,34	0,85
Professor ed. especial	10	2	4	3,50	0,71
Psicólogo	8	2	4	3,38	0,74
Outro	7	2	4	3,29	0,95
Total	110	1	5	3,35	0,83

No que concerne aos anos de experiência profissional, a Tabela 8 mostra que o grupo que considerou um maior nível de gravidade, foi o dos que possuem entre 6 e 10 anos ($M=3,54$) de experiência, sendo que o que atingiu menores valores, foi o dos técnicos com menos de 5 anos de experiência ($M=3,11$).

Tabela 8 – Análise descritiva da Gravidade em função da Experiência Profissional

Experiência Profissional	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
5 anos ou menos	36	1	4	3,11	0,92
6-10 anos	24	2	4	3,54	0,59
11-20 anos	29	2	5	3,38	0,94
21-35 anos	21	2	4	3,52	0,68
Total	110	1	5	3,35	0,83

No entanto, verificou-se pela análise do respectivo coeficiente de correlação de Pearson que não existe uma correlação significativa entre a gravidade atribuída a esta perturbação e os anos de experiência profissional ($R=,16$, $p>0,05$).

No entanto, no que diz respeito à análise desse coeficiente para a relação entre a gravidade atribuída e a frequência de contacto com esta perturbação, verifica-se uma correlação positiva e bastante significativa ($R=,50$, $p<0,01$).

Sintomas da PHDA

Para além de conhecermos o nível de gravidade com que os profissionais classificaram esta patologia, importa especificar em pormenor os sintomas que esta perturbação engloba e perceber, em simultâneo, quais os que são considerados de maior gravidade no ponto de vista dos inquiridos.

Tendo em conta que não se trata de um conjunto de itens previamente validados, analisámos a fiabilidade do conjunto de 21 itens seleccionados. Nesse sentido, na análise da consistência interna encontramos um *alpha* de Cronbach de 0,924, um nível considerado Muito Bom (DeVellis, 2003).

Segundo a Tabela 9, constata-se que os sintomas associados à PHDA apresentam um nível de gravidade, que em termos médios, se situa entre o “nem ligeiro, nem grave” e o “grave”.

Segundo a Tabela 9, pode-se constatar que os sintomas de maior gravidade prendem-se com **problemas de falta de atenção**: “distrai-se facilmente com estímulos externos” (M=3,87); “tem frequentemente dificuldades em manter atenção nas tarefas ou jogos” (M=3,72); “tem frequentemente dificuldades na organização de tarefas” (M=3,63); “com frequência, parece não prestar atenção ao que se lhe está a dizer” (M=3,56).

No entanto, verificam-se duas excepções, que dizem respeito aos sintomas “Interrompe frequentemente” (M=3,72) e “Sai do lugar da sala de aula, ou noutros sítios, onde se esperaria que uma pessoa se mantivesse sentada” (M=3,61), sintomas melhor integrados na área da **hiperactividade/impulsividade**.

Ao analisarmos em pormenor os sintomas mais valorizados por cada uma das actividades profissionais, podemos verificar que os professores do ensino regular, consideram com maior grau de gravidade os sintomas associados à **falta de atenção**: “distrai-se facilmente com estímulos externos” (M=3,87) em primeiro lugar e “dificuldades na organização de tarefas”, em terceiro lugar (M=3,65).

São também de realçar as médias verificadas nos sintomas “Interrompe frequentemente” (M=3,72) em segundo lugar e “sai do lugar da sala de aula, ou noutros sítios, onde se esperaria que uma pessoa se mantivesse sentada” (M=3,61), em quarta posição, sintomas melhor integrados nas áreas da **impulsividade** e **hiperactividade**, respectivamente.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas dos diferentes sintomas de PHDA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Não segue as instruções	110	1	5	3,50	0,87
Corre	110	1	5	3,35	1,14
Comete erros	110	1	5	3,37	0,90
Dificuldade em actividades de lazer	110	1	5	3,45	0,90
Esquecimentos	110	1	5	3,42	0,97
Sobe para cima de coisas	110	1	5	3,50	1,20
Evita tarefas de esforço mental prolongado	110	1	5	3,53	0,95
Muito activo	110	1	5	3,50	0,96
Não presta atenção a pormenores	110	1	5	3,42	0,94
Movimentos de pés e mãos	110	1	5	3,35	1,05
Não acaba trabalhos	110	1	5	3,51	0,89
Interrompe	110	1	5	3,72	0,89
Dificuldade em manter atenção	110	1	5	3,72	0,88
Sai do lugar	110	1	5	3,61	1,08
Perde coisas	110	1	5	3,16	0,95
Responde antes da pergunta terminar	110	1	5	3,23	0,96
Distrai-se	110	2	5	3,87	0,92
Fala de mais	110	1	5	3,47	0,90
Dificuldades na organização	110	1	5	3,63	0,83
Não presta atenção ao que lhe estão a dizer	110	1	5	3,56	0,89
Dificuldade em esperar pela vez	110	1	5	3,49	0,87

No que diz respeito ao sintoma menos valorizado, surge o “perde, frequentemente, coisas necessárias” (M=3,20).

Apesar dos elevados desvios-padrão a análise das frequências de cada uma das possibilidades de resposta não nos indicam valores de relevo.

Em relação aos professores de educação especial, o item mais valorizado foi “sobe, constantemente, para cima das coisas” (M=4,0), sendo que o menos valorizado foi o “comete erros por descuido” (M=3,00).

No que diz respeito aos psicólogos, o sintoma considerado como mais grave foi “Distrai-se facilmente com estímulos externos” (M=4,25), sendo que considerado como mais ligeiro surge “perde, frequentemente, coisas necessárias” (M=3,00).

Foi então feita uma análise dos sintomas mais valorizados por cada categoria de experiência profissional. Dessa análise, tal como se pode ver na Tabela 10 verificou-se

que, os sintomas mais valorizados independentemente da experiência profissional parecem ser os associados às dificuldades em manter a atenção, com a excepção do grupo com maior número de anos de experiência profissional que referiu com uma média superior o sintoma “Sai do lugar na sala de aula, ou noutros sítios, onde se esperaria que uma pessoa se mantivesse sentada” (M=4,00).

Tabela 10 – Média da gravidade atribuída a cada sintoma em função da Experiência Profissional

	0-5	6-10	11-20	21-35
Não segue as instruções	3,36	3,79	3,45	3,48
Corre	3,31	3,25	3,31	3,62
Comete erros	3,11	3,71	3,34	3,48
Dificuldade em actividades de lazer	3,25	3,63	3,48	3,52
Esquecimentos	3,31	3,50	3,55	3,33
Sobe para cima de coisas	3,47	3,17	3,69	3,67
Evita tarefas de esforço mental prolongado	3,31	3,92	3,45	3,57
Muito activo	3,36	3,58	3,52	3,62
Não presta atenção a pormenores	3,33	3,71	3,21	3,52
Movimentos de pés e mãos	3,00	3,38	3,59	3,62
Não acaba trabalhos	3,33	3,58	3,59	3,62
Interrompe	3,64	3,75	3,72	3,81
Dificuldade em manter atenção	3,64	3,88	3,79	3,57
Sai do lugar	3,56	3,46	3,52	4,00
Perde coisas	2,92	3,25	2,90	3,86
Responde antes da pergunta terminar	3,00	3,25	3,34	3,43
Distrai-se	3,78	4,21	3,66	3,95
Fala de mais	3,39	3,33	3,41	3,86
Dificuldades na organização	3,61	3,42	3,62	3,90
Não presta atenção ao que lhe estão a dizer	3,42	3,83	3,41	3,71
Dificuldade em esperar pela vez	3,56	3,50	3,45	3,43

Foi ainda analisado o valor total atribuído à percepção da gravidade dos sintomas referidos e, nesse sentido, foi calculado o somatório das atribuições aos diferentes sintomas, cuja análise descritiva podemos ver na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise descritiva do valor total da lista de sintomas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total sintomas	110	30	101	73,36	12,62

Pode-se ainda verificar a forte e positiva relação existente entre este valor total e o nível de gravidade atribuído à perturbação ($R=,60$ para $p<0,01$).

Na análise destes valores, em função da actividade profissional, verificamos que o valor mais alto foi o apresentado pelos psicólogos ($M=79,0$) sendo que a média mais baixa foi verificada no grupo de professores de educação especial ($M=72,1$).

No que diz respeito à relação entre a experiência profissional e o valor total da lista de sintomas, também não se verificou qualquer correlação ($R=,14$ para $p>0,05$).

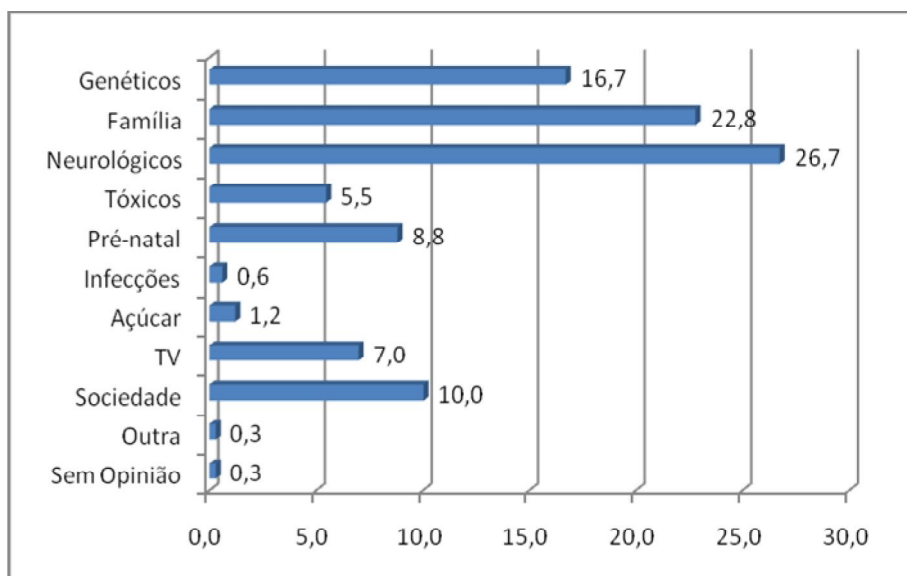
No entanto, no que diz respeito ao contacto, verificou-se uma relação positiva e significativa entre a frequência de contacto com crianças com PHDA e o nível total atingido na lista de sintomas ($R=,29$ para $p<0,01$).

Causas explicativas da PHDA

No que diz respeito às causas explicativas da PHDA, as respostas dos inquiridos incidem sobretudo em três grandes factores: factores neurológicos (26,7%), seguidos dos factores associados ao funcionamento familiar (22,8%) e dos factores genéticos (16,7%), tal como pode ser visto no Gráfico 2.

É ainda de referir que um professor do ensino regular referiu não ter opinião sobre a(s) causa(s) explicativa da PHDA (0,3%), bem como outro que apontou a falta de descanso como estando na origem desta perturbação (0,3%), justificação não prevista nas categorias de resposta existentes.

Gráfico 2 – Percentagens das causas explicativas da PHDA



No que diz respeito à Actividade Profissional (Tabela 12), pode-se mencionar que os professores do ensino regular colocam os factores neurológicos em primeiro lugar (77,6%), sendo seguido pelos factores associados ao funcionamento familiar (70,6%) e os factores genéticos (54,1%).

Os professores de educação especial seguem a mesma tendência de opção pelos factores neurológicos e associados ao funcionamento familiar (90% e 60%, respectivamente), sendo de referir que também em segundo lugar consideram esta perturbação como "produto da sociedade" (60%) e em 3º lugar apontam a televisão (30%). No que diz respeito a estas mesmas respostas, verifica-se que apresentam uma prevalência bastante menos significativa no grupo de professores de ensino regular, apresentando um valor de 27,1% para o facto desta perturbação ser "produto da sociedade" e de 23,5% para a exposição à televisão.

Já a totalidade dos Psicólogos inquiridos apresentam como causa maior os factores neurológicos (100%), seguidos dos factores familiares (87,5%) e complicações pré-natais e perinatais (62,5%).

Ainda em relação a esta categoria profissional é de referir que nenhum indivíduo referiu as "Infecções virais e bacterianas", o "Açúcar e outros alimentos" nem a "Televisão". No entanto, 3 indivíduos referiram considerar que esta perturbação é "Produto da sociedade: Doença da moda" (37,5%).

Tabela 12 – Análise descritiva das Causas da PHDA em função da Actividade Profissional

Causas	Actividade							
	Professor regular (N=85)		Professor de educação especial (N=10)		Psicólogo (N=8)		Outro (N=7)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Genéticos	46	54,1%	1	10,0%	3	37,5%	5	71,4%
Família	60	70,6%	6	60,0%	7	87,5%	2	28,6%
Neurológicos	66	77,6%	9	90,0%	8	100,0%	5	71,4%
Tóxicos	11	12,9%	0	0%	2	25,0%	5	71,4%
Pré-natal	19	22,4%	1	10,0%	5	62,5%	4	57,1%
Infecções	2	2,4%	0	0%	0	0%	0	0%
Açúcar	4	4,7%	0	0%	0	0%	0	0%
TV	20	23,5%	3	30,0%	0	0%	0	0%
Sociedade	23	27,1%	6	60,0%	3	37,5%	1	14,3%
Outra	1	1,2%	0	0%	0	0%	0	0%
Sem Opinião	1	1,2%	0	0%	0	0%	0	0%

No que respeita aos anos do exercício da actividade profissional, a única diferença a destacar prende-se com os profissionais que desempenham as suas funções há mais tempo (21 a 35 anos). Neste grupo de profissionais para além das 3 causas mais comuns serem as mesmas da amostra em geral (neurológicas, familiares e genéticas), é de referir que em quarta e quinta posição, respectivamente, surge o facto desta perturbação ser vista como “Produto da Sociedade” (52,4%) e a influência da Televisão (47,6%).

Numa outra análise, e no sentido de identificar a média de anos de experiência profissional de cada uma das causas identificadas, podemos analisar pela Tabela 13 que as médias mais elevadas (para além das respostas não incluídas em nenhuma das outras categorias e o respondente que referiu não ter opinião) foram constatadas na referência à exposição à televisão (M=17,52) e ao facto desta perturbação ser um produto da sociedade (M=13,94).

Tabela 13 – Média dos anos de experiência em função das causas explicativas da ocorrência da PHDA

Causas	N	Média
Factores genéticos	55	13,15
Factores associados ao Funcionamento Familiar	75	11,07
Factores neurológicos	88	11,17
Factores tóxicos	18	12,33
Complicações pré-natais e perinatais	29	11,31
Infecções virais e bacterianas	2	10,50
Açúcar e outros alimentos	4	11,25
Demasiada televisão	23	17,52
Produto da sociedade	33	13,94
Outra	3	29,00
Não tenho opinião	1	18,00

No que diz respeito à média de frequência de contacto, verifica-se na Tabela 14 que a média mais elevada de contacto com a PHDA se encontra no grupo que referiu os factores tóxicos como estando na origem desta perturbação (M=3,33).

Tabela 14 – Média da frequência de Contacto em função das causas explicativas da ocorrência da PHDA

Causas	N	Média
Factores genéticos	55	3,24
Factores associados ao Funcionamento Familiar	75	3,11
Factores neurológicos	88	3,06
Factores tóxicos	18	3,33
Complicações pré-natais e perinatais	29	3,03
Infecções virais e bacterianas	2	3,00
Açúcar e outros alimentos	4	3,25
Demasiada televisão	23	3,04
Produto da sociedade	33	3,06
Outra	3	4,00
Não tenho opinião	1	3,00

Eficácia das Formas de Intervenção

Da panóplia de formas de intervenção que foi apresentada aos inquiridos, a maioria deles considerou todos os itens eficazes na maioria das situações de PHDA. Ainda que representem uma minoria, pode-se mencionar que houve profissionais que sugeriram outras formas de intervenção em PHDA, tais como, “Prática de Desporto”, “Aquisição de um animal doméstico”, “Psicomotricidade”, “Apoio Psicopedagógico”, e ainda “Terapia Ocupacional”.

Para além das Outras práticas sugeridas pelos inquiridos (“Prática de Desporto” e “Aquisição de um animal doméstico” avaliadas com 4, e as restantes com 5), pode-se observar na Tabela 15 que as estratégias com média superior em termos de eficácia foram o “Identificar as causas para depois actuar” (M=3,95), o “Aconselhamento/Psicoterapia infantil” (M=3,94) e o “Recurso a um profissional externo à família” (M=3,92).

É ainda de referir que a forma de intervenção que reuniu uma média inferior foi o recurso à Intervenção Farmacológica (M=3,57).

Tabela 15 – Estatísticas descritivas da eficácia atribuída a cada uma das formas de intervenção na PHDA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Eficácia de Profissional externo	110	2	5	3,92	0,59
Eficácia de Fármacos	110	1	5	3,57	0,80
Eficácia de Práticas Educativas	110	1	5	3,76	0,83
Eficácia de Identificar as causas	110	2	5	3,95	0,76
Eficácia de Aconselhamento	110	1	5	3,94	0,82
Eficácia de Terapia Familiar	110	1	5	3,89	0,83
Eficácia de Outra1	3	4	5	4,67	0,58
Eficácia de Outra2	2	4	5	4,50	0,71

A título complementar, analisaram-se as frequências de cada uma das possibilidades de resposta, não se tendo, porém, identificado resultados de relevada importância ou distintos dos que acabámos de apresentar.

Em relação às escolhas efectuadas pelas diferentes categorias de técnicos, é de referir que “Identificar as causas para depois actuar” foi a técnica mais valorizada pelos

diferentes grupos de técnicos, excepto por aqueles que pertenciam a outros tipos de actividades, que referiram esta técnica como sendo a menos eficaz (M=3,00).

Em relação aos professores do ensino regular, é ainda de referir que a técnica referida como tendo uma menor eficácia foi a intervenção ao nível das Práticas Educativas (M=3,67).

No que diz respeito aos resultados encontrados em função da experiência profissional, podemos verificar a partir da Tabela 16 que os profissionais com menos experiência profissional tendem a valorizar a intervenção através de “identificar as causas para depois actuar”, enquanto que os que se inserem no grupo com mais experiência profissional (21-35 anos) tendem a valorizar a Intervenção/Terapia familiar (M=3,95).

É ainda de referir o facto de os indivíduos com maior (21-35 anos) e menor experiência profissional (0-5 anos) atingirem respectivamente as médias mais elevada (M=3,76) e mais baixa (M=3,28) no nível de concordância com a intervenção farmacológica (M=3,28).

Tabela 16 – Médias do grau de eficácia nas formas de intervenção segundo a experiência profissional

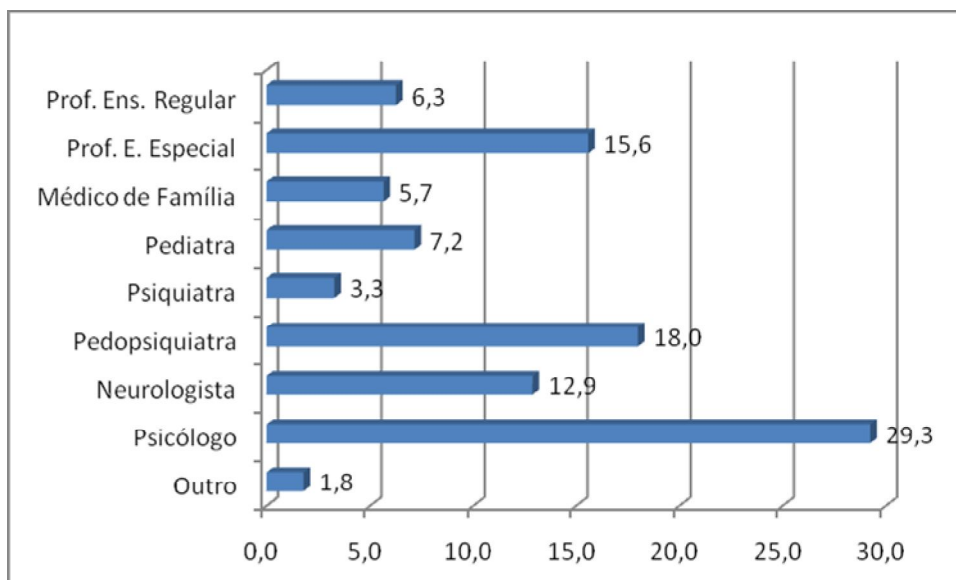
Formas de Intervenção	0-5	6-10	11-20	21-35
Recurso a um profissional externo à família	3,86	3,96	4,17	3,62
Intervenção farmacológica	3,28	3,71	3,69	3,76
Intervenção ao nível da forma de lidar com estas crianças	3,75	3,67	3,76	3,90
Identificar as causas para depois actuar	3,97	4,04	3,86	3,90
Aconselhamento/ psicoterapia infantil	3,67	4,04	4,24	3,86
Intervenção/ Terapia Familiar	3,58	4,04	4,10	3,95
Outra	0,00	5,00	5,00	4,00
Outra	0,00	5,00	0,00	4,00

Recurso a profissionais externos à família

Questionados sobre o profissional externo à família preferido para intervir junto de crianças com PHDA (Gráfico 3), os indivíduos indicam o “Psicólogo” (29,3%) como o profissional com maiores competências para actuar junto de crianças que manifestem esta patologia, sendo seguido pelo “Pedopsiquiatra” (18,0%) e pelo “Professor de

educação especial” (15,6%). Por outro lado, o “Professor do ensino regular” (6,3%), o “Médico de família” (5,7%) e o “Psiquiatra” (3,3%) são os profissionais menos referidos.

Gráfico 3 – Percentagem de preferência do profissional externo à família



Entre os Outros profissionais (1,8%) referenciados, surgem o “Técnico de Educação Especial e Reabilitação”, o “Terapeuta Ocupacional” (referidos 2 vezes cada), o “Educólogo” e um “Professor em que o aluno confie” (referidos apenas uma vez).

Ao analisarmos essas preferências em função da actividade profissional desempenhada, verifica-se um consenso na eleição do “Psicólogo” como o mais eficaz para lidar com esta perturbação.

Mais em pormenor, verifica-se, na Tabela 17, que o “Pedopsiquiatra” é o segundo profissional preferido quer dos professores regulares (57,6%), quer dos psicólogos (87,5%), no entanto, nos professores de educação especial, este tipo de profissional surge apenas na quinta posição (20,0%), apenas a seguir ao “Neurologista” e ao “Pediatra” (ambos com 70%) e aos “Professores de educação especial” (60,0%).

Tabela 17 – Análise descritiva da preferência de um Profissional Externo em função da Actividade Profissional do inquirido

Profissional a recomendar	Actividade							
	Professor regular (N=85)		Professor de educação especial (N=10)		Psicólogo (N=8)		Outro (N=7)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Professor regular	17	20,0%	2	20,0%	2	25,0%	0	0%
Professor de ed. especial	43	50,6%	6	60,0%	2	25,0%	1	14,3%
Médico de família	14	16,5%	1	10,0%	2	25,0%	2	28,6%
Pediatra	11	12,9%	7	70,0%	1	12,5%	5	71,4%
Psiquiatra	9	10,6%	0	0,0%	2	25,0%	0	0,0%
Pedopsiquiatra	49	57,6%	2	20,0%	7	87,5%	2	28,6%
Neurologista	29	34,1%	7	70,0%	6	75,0%	1	14,3%
Psicólogo	74	87,1%	10	100,0%	8	100,0%	6	85,7%
Outro	2	2,4%	0	0,0%	1	12,5%	3	42,9%

Para além das sugestões de profissionais inseridos na categoria “Outro”, o profissional, que apresentou uma menor referência, quer pelo professor regular (10,6%), quer pelo professor de educação especial (0,0%), foi o “Psiquiatra”.

No que diz respeito à experiência profissional (Tabela 18) verifica-se que a média superior de anos de experiência profissional é a do grupo que respondeu médico de família (M= 15,47).

Tabela 18 – Médias da Experiência Profissional em função do Profissional Externo que recomendaria

Profissional Externo	N	Média
Professor (ensino regular)	21	14,38
Professor de Educação Especial	52	13,46
Médico de família	19	15,47
Pediatra	24	10,71
Psiquiatra	11	13,09
Pedopsiquiatra	60	13,30
Neurologista	43	10,86
Psicólogo	98	12,00
Outros	6	11,43

Em relação aos encaminhamentos efectuados, verifica-se que a maioria (61,8%) dos profissionais inquiridos já aconselhou os encarregados de educação a recorrerem a outros profissionais. Sendo que entre os primeiros, verifica-se que são os que desempenham a sua profissão há mais tempo os que mais aconselhamentos fizeram, visto que a totalidade dos profissionais com mais de 21 anos de experiência profissional já recomendaram algum profissional externo para intervir neste tipo de situações (Tabela 19).

Daqueles que estão no activo há 5 anos ou menos, verificou-se que a maioria nunca aconselhou as famílias a recorrerem a estes profissionais externos, apenas 27,8% optaram por este tipo de encaminhamento.

Tabela 19 – Análise descritiva da recomendação de profissionais em função da experiência profissional

Experiência profissional	Recomendou Profissionais		Total	% de Sim
	Sim	Não		
5 anos ou menos	10	26	36	27,8%
6-10 anos	17	7	24	70,8%
11-20 anos	20	9	29	69,0%
21-35 anos	21	0	21	100%
Total	68	42	110	61,8%

Ainda no que diz respeito à experiência profissional, numa análise comparativa entre a média de anos de experiência profissional daqueles que efectivamente recomendaram um profissional externo e aqueles que nunca o fizeram apercebemo-nos que a média do primeiro grupo ($M=15,04$) é superior à do segundo ($M=6,69$).

Numa análise comparativa destas médias verifica-se que elas são distintas entre si de forma fortemente significativa, $t(108)=5,48$ (para $p<0,01$).

Esta mesma significância, $t(108)=6,23$ (para $p<0,01$), foi encontrada quando comparámos as médias de frequência de contacto com esta perturbação entre o grupo que já recomendou um profissional externo ($M=3,40$) e a média do grupo que nunca o fez ($M=2,60$).

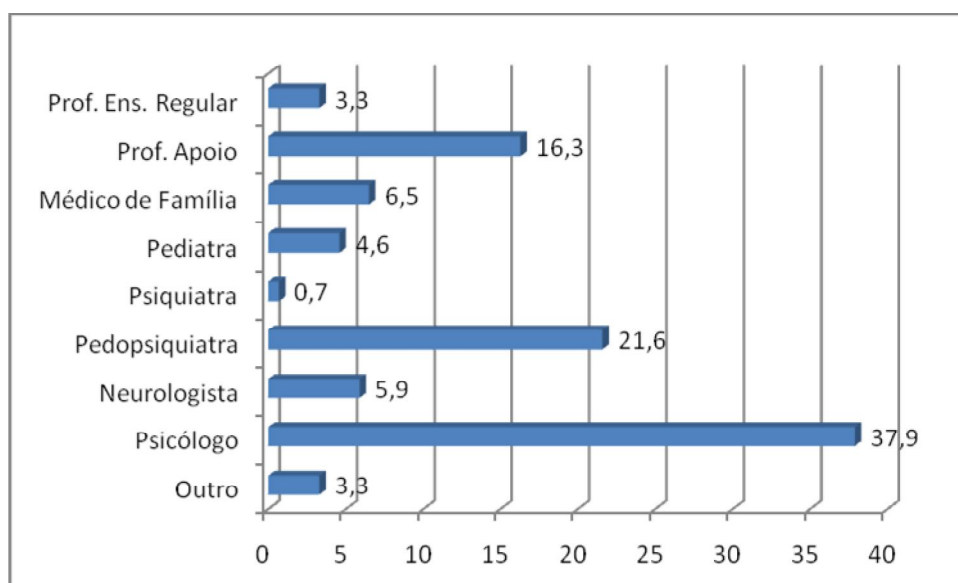
Numa análise semelhante em função da categoria profissional, verificamos que a percentagem superior de encaminhamento se encontra no grupo de profissionais que se insere noutras categorias profissionais, com uma percentagem de Sim de 85,7%, seguido pelo grupo de professores de ensino regular que teve uma percentagem de Sim de 62,4% (Tabela 20).

Tabela 20 – Análise descritiva da recomendação de profissionais em função da categoria profissional

	Recomendou Profissionais		Total	% de Sim
	Sim	Não		
Professor regular	53	32	85	62,4%
Professor de Ed. Especial	5	5	10	50,0%
Psicólogo	4	4	8	50,0%
Outro	6	1	7	85,7%
	68	42	110	

Ao analisarmos as categorias profissionais efectivamente recomendadas pelos inquiridos (Gráfico 4), salientam-se os psicólogos (37,9%), os pedopsiquiatras (21,6%) e os professores de educação especial (16,3%).

Gráfico 4 – Percentagem do profissional externo recomendado



Em termos das diferentes categorias profissionais, parece existir consenso quanto ao elegerem o psicólogo como o profissional mais adequado para lidar com esta perturbação.

No entanto, numa análise mais pormenorizada dos profissionais efectivamente recomendados, verifica-se que os psicólogos para além da sua actividade, referem também com alguma frequência o pedopsiquiatra e o neurologista (ambos com 50%).

Em relação aos professores de educação especial, verifica-se que estes referem em segundo lugar o pediatra e o neurologista (ambos com 60%), sendo que as restantes categorias profissionais (professor de educação especial, médico de família e pedopsiquiatra) não se encontram muito distantes (40%).

No que diz respeito aos professores do ensino regular, estes destacam o pedopsiquiatra (52,8%) e o professor de educação especial (39,6%).

No que diz respeito à experiência profissional, verifica-se que independentemente do número de anos, o papel do psicólogo é o eleito.

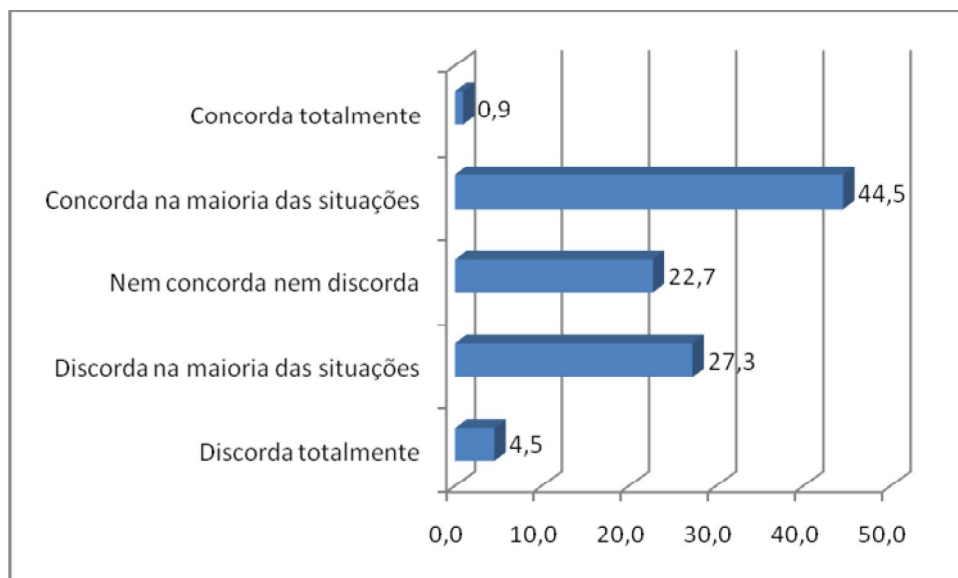
Dos indivíduos inquiridos, apenas 12,7% gostariam de ter recomendado um técnico, mas não o fizeram. Os profissionais que gostariam de ter recomendado foram os professores de educação especial (31,8%), pedopsiquiatras (22,7%) e psicólogos (22,7%).

No que diz respeito às razões que levaram estes profissionais a não concretizarem esta recomendação, foi referido a falta de disponibilidade destes técnicos na escola ou região (50%), questões económicas relacionadas com a família (37,5%) e 1 indivíduo que referiu não ter efectuado este encaminhamento por dificuldades em articular o Professor de educação especial e o horário escolar do aluno (12,5%).

Intervenção Farmacológica

Tal como se verifica no Gráfico 5, grande parte dos inquiridos concorda com este tipo de intervenção na maioria das situações em que a PDHA é diagnosticada em crianças (45,4%).

Gráfico 5 – Percentagens dos níveis de concordância face à intervenção farmacológica



Da análise da Tabela 21, verifica-se que são os técnicos com mais experiência que apresentam um maior nível de concordância com a intervenção farmacológica ($M=3,43$), sendo que, por oposição, são sobretudo os profissionais que exercem a sua actividade há menos tempo que apresentam maior discórdia na toma de fármacos para ajudar a ultrapassar esta perturbação ($M=2,92$).

Tabela 21 – Análise descritiva dos níveis de concordância com a Intervenção Farmacológica em função da experiência profissional

Experiência Profissional	N	Média	Desvio Padrão
5 anos ou menos	36	2,92	1,05
6-10 anos	24	2,96	0,91
11-20 anos	29	3,21	1,01
21-35 anos	21	3,43	0,75

No sentido de verificar a tendência de quanto maior a experiência profissional, maior a aceitação do recurso à terapêutica farmacológica, efectuou-se uma análise da correlação, sendo que, segundo o coeficiente Pearson, esta relação é baixa mas significativa ($R=,19$, $p<0,05$).

Em relação ao contacto com estas crianças, verificou-se que quanto maior o contacto maior o nível de concordância com a intervenção farmacológica, tendo-se verificado uma correlação de Pearson significativa entre estas duas variáveis ($R=,27$, $p<0,01$).

No entanto, no que diz respeito à percepção da gravidade desta perturbação, não se encontrou a mesma relação ($R=,05$, $p>0,05$).

Uma outra análise mais exaustiva foi realizada no sentido de identificar possíveis relações entre o nível de gravidade atribuído a cada sintoma e o nível de concordância com a intervenção farmacológica.

Nesse sentido, foram analisados os coeficientes de correlação (Tabela 22), tendo-se identificado correlações significativas com os seguintes sintomas: “Corre frequentemente, de um lado para o outro” ($R=,30$, $p<0,01$); “Sobe, constantemente, para cima de coisas em sítios em que isso parece inadequado” ($R=,23$, $p<0,05$); “Frequentemente, muito activo, age como se fosse “puxado por um motor” ($R=,37$, $p<0,01$); “Tem frequentemente movimentos excessivos das mãos ou dos pés, torce-se na cadeira” ($R=,21$, $p<0,05$); “Interrompe frequentemente” ($R=,28$, $p<0,01$); “Sai do lugar na sala de aula, ou noutros sítios, onde se esperaria que uma pessoa se mantivesse sentada” ($R=,26$, $p<0,01$); “Responde, frequentemente, antes da pergunta terminar” ($R=,23$, $p<0,05$); “Frequentemente fala de mais” ($R=,27$, $p<0,01$) e “Tem, frequentemente, dificuldade em esperar pela vez” ($R=,20$, $p<0,05$).

Como se pode verificar, estes itens reportam-se exclusivamente às dimensões de hiperactividade e impulsividade.

São ainda de referir os sintomas “Frequentemente, evita envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado (por exemplo, trabalhos escolares ou tarefas de casa)”, “Comete erros por descuido na escola, trabalho ou noutras actividades” e “Com frequência, parece não prestar atenção ao que se lhe está a dizer”, que apesar de não terem apresentado valores com significância estatística, apresentaram correlações negativas com o nível de concordância com o tipo de intervenção referido ($R= -,01$, $p>0,05$; $R= -,01$, $p>0,05$ e $R= -,03$, $p>0,05$, respectivamente).

Tabela 22 – Correlações entre a gravidade atribuída a cada sintoma e a concordância com a Intervenção Farmacológica

	Correlação (R)	Sig.
Não segue as instruções	0,01	0,96
Corre	0,30**	0,00
Comete erros	-0,01	0,90
Dificuldade em actividades de lazer	0,06	0,05
Esquecimentos	0,08	0,39
Sobe para cima de coisas	0,23*	0,01
Evita tarefas de esforço mental prolongado	-0,01	0,93
Muito activo	0,37**	0,00
Não presta atenção a pormenores	0,17	0,09
Movimentos de pés e mãos	0,21*	0,03
Não acaba trabalhos	0,05	0,63
Interrompe	0,28**	0,00
Dificuldade em manter atenção	0,11	0,26
Sai do lugar	0,26*	0,01
Perde coisas	0,17	0,07
Responde antes da pergunta terminar	0,06	0,56
Distrai-se	0,23*	0,01
Fala de mais	0,27**	0,00
Dificuldades na organização	0,13	0,19
Parece não prestar atenção ao que lhe estão a dizer	-0,03	0,73
Dificuldade em esperar pela vez	0,20	0,03

Quanto às categorias profissionais, tal como se pode constatar na Tabela 23, verifica-se que a categoria que evidencia um maior nível de concordância com a intervenção farmacológica, foram os Psicólogos (M=3,25), sendo que os que apresentaram a média mais baixa, foram os Professores de educação especial (M=2,70).

Tabela 23 – Análise descritiva dos níveis de concordância com a Intervenção farmacológica em função da actividade profissional

Actividade	N	Média	Desvio Padrão
Professor regular	85	3,14	0,95
Professor ed. especial	10	2,70	1,25
Psicólogo	8	3,25	0,71
Outro	7	3,00	1,00
Total	110	3,10	0,97

No que diz respeito às causas atribuídas à PHDA e os níveis de concordância com a intervenção farmacológica, podemos verificar, na Tabela 24, que as mais elevadas (retirando as outras causas e a falta de opinião) foram verificadas nos “Factores tóxicos” (M=3,33), “Factores genéticos” (M=3,25) e “Complicações pré-natais e perinatais” (M=3,24).

Tabela 24 – Análise descritiva das médias de concordância com a Intervenção Farmacológica em função das causas da PHDA

	N	Média	Desvio Padrão
Factores genéticos	55	3,25	0,95
Funcionamento familiar	75	3,07	0,95
Factores neurológicos	88	3,13	0,97
Factores Tóxicos	18	3,33	0,91
Complicações pré-natais e perinatais	29	3,14	0,92
Infecções virais e bacterianas	2	2,50	2,12
Açúcar e outros Alimentos	4	3,00	1,16
Demasiada televisão	23	2,91	1,24
Produto da sociedade	33	2,94	1,00
Outra	1	4,00	
Sem opinião	1	4,00	

As médias menos elevadas foram as verificadas nos inquiridos que referiram como causa as “Infecções virais e bacterianas” (M=2,50), “Demasiada televisão” (M=2,91) e “Produto da sociedade” (M=2,94). Não obstante, no caso das “Infecções virais e bacterianas” há que ter presente que só foi ifenticada como causa por 2 respondentes, bem como que a média de concordância é idêntica ao valor do desvio-padrão.

No que diz respeito à recomendação, verifica-se que a maioria (78,2%) dos inquiridos afirma nunca ter recomendado a Intervenção Farmacológica para crianças com PHDA.

Numa análise mais pormenorizada de quem tende a optar por fazer essa mesma recomendação, verificamos que a categoria profissional que atingiu uma maior percentagem de Sim foi a de profissionais que se inserem noutras categorias profissionais (28,6%), seguida pelos psicólogos (25%) (Tabela 25).

Tabela 25 – Análise descritiva da Recomendação da Intervenção Farmacológica em função da categoria profissional.

	Recomendar Fármacos		Total	% de Sim
	Sim	Não		
Professor de Ensino Regular	19	66	85	22,4%
Professor de Ed. Especial	1	9	10	1,0%
Psicólogo	2	6	8	25,0%
Outro	2	5	7	28,6%
Total	24	86	110	

No que diz respeito à experiência profissional, verifica-se que a categoria com maior percentagem foi a do grupo com maior experiência profissional (42,9%) (Tabela 26).

Tabela 26 – Análise descritiva da Recomendação da Intervenção Farmacológica em função da experiência profissional

	Recomendar Fármacos		Total	% de Sim
	Sim	Não		
5 anos ou menos	3	33	36	8,0%
6-10 anos	9	15	24	37,5%
11-20 anos	3	26	29	10,3%
21-35 anos	9	12	21	42,9%
Total	24	86	110	

Tal como realizado na comparação dos grupos que recomendaram ou não profissionais externos à família, também no que diz respeito à intervenção farmacológica se optou por analisar as diferenças entre médias de anos de experiência profissional e de frequência de contacto dos grupos que tinham ou não efectuado este aconselhamento.

Nesse sentido, e uma vez que a dimensão de um dos grupos era bastante reduzida (grupo que respondeu Sim, N=24), optou-se por testar a normalidade da distribuição das variáveis em análise nesse mesmo grupo. Dessa análise verificou-se que não existia normalidade, pelo que se optou pelo recurso a um teste não paramétrico, o Teste de Mann Whitney.

Ao verificar a comparação entre a média de anos de experiência profissional dos grupos que recomendaram ou não este tipo de intervenção, verifica-se que o grupo que já efectuou essa recomendação apresenta uma média superior (M=15,3) à do grupo que não o fez (M=10,9). Na análise da diferença encontrada, verifica-se que esta é estatisticamente significativa (Z=-1,98 para $p<,05$).

Esta diferença foi igualmente significativa (t=-2,92 para $p<0,01$) quando comparámos a média de frequência de contacto do grupo que recomendou a intervenção farmacológica (M=3,50) daquele que não o fez (M=2,98).

Dos que justificaram a ausência de recomendação, grande parte referiu não possuir habilitações/informação suficiente para tal aconselhamento (40,7%), outros assinalaram não concordar com este tipo de intervenção (20,9%), outros referiram que as crianças em causa já se encontravam encaminhadas (12,8%) e outros apontaram o

facto deste tipo de intervenção não se adequar às situações com que lidaram (10,5%). 7% dos indivíduos apontaram outra justificação (“falta de oportunidade”) que não se enquadrava em nenhuma das anteriores categorias de resposta e 8,1% não deu qualquer justificação que sustentasse o nunca ter recomendado a intervenção farmacológica.

Práticas educativas

No que diz respeito às práticas educativas, foi inquirido qual o grau de eficiência atribuído a um conjunto de estratégias de intervenção ao nível pedagógico. Mais uma vez, as opiniões analisadas parecem ser bastante homogéneas, pois os inquiridos tendem a considerar todas as práticas apresentadas como eficazes na maioria das situações.

No entanto, ao analisarmos as médias (Tabela 27), verificamos que a prática educativa que reúne uma maior percepção de eficácia (independentemente das “outras práticas” sugeridas) é a intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos (M=4,17). Pelo contrário, a que comparativamente é perspectivada como menos eficaz, é o treino de competências sociais (M=3,63).

Nas outras práticas referidas, foram evidenciadas como eficazes “Educação com afecto e ternura”, “Desenvolver gestos específicos nas crianças”, “Psicomotricidade”, “Acompanhamento psicológico à criança e família” e “Escolher um professor adequado para lidar com crianças com esta perturbação”.

Tabela 27 – Estatísticas descritivas da eficácia atribuída a cada uma das práticas educativas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Eficácia Apoio Pedagógico	110	3	5	4,10	0,54
Eficácia Desporto	110	3	5	3,81	0,61
Eficácia Autocontrolo	110	2	5	3,85	0,66
Eficácia Competências Sociais	110	1	5	3,63	0,84
Eficácia Formação para Pais	110	2	5	4,11	0,70
Eficácia Formação para Agentes Educativos	108	3	5	4,07	0,62
Eficácia da Tolerância	110	2	5	3,70	0,80
Eficácia da Firmeza	110	1	5	3,66	0,77
Eficácia da Coordenação	110	2	5	4,17	0,70
Eficácia de Outra Prática1	5	4	5	4,60	0,55
Eficácia de Outra Prática2	1	4	4	4,00	0,00

Ao analisarmos as percepções de eficácia das diferentes práticas educativas em função da actividade profissional, verifica-se que os professores do ensino regular valorizam sobretudo a “coordenação entre os diversos agentes educativos” (M=4,14) e a “formação/educação para pais” (M=4,13). Em relação aos professores de educação especial, a prática considerada mais eficaz foi o “apoio pedagógico individualizado” (M=4,20) e a menos eficaz a “educação centrada na tolerância” (M=3,60).

No que diz respeito aos psicólogos, as técnicas com níveis de eficácia mais elevados foram o “apoio pedagógico individualizado” e a formação para pais e para outros agentes educativos (todas com um valor médio de 4,25).

Ao analisarmos a percepção da eficácia em função da categoria de experiência profissional (Tabela 28), verificamos que o grupo com menor experiência profissional apresenta uma maior média de preferência pelo “apoio pedagógico individualizado” (M=4,08), sendo que a média mais reduzida é encontrada na “educação centrada na firmeza” (M=3,50).

No que diz respeito ao grupo com maior número de anos de experiência profissional, verifica-se uma preferência por uma “intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos” (M= 4,33), sendo que a que atingiu uma média inferior foi a “educação centrada na tolerância” (M=3,67).

Tabela 28 – Práticas educativas segundo a categoria de experiência profissional

Práticas educativas	Experiência profissional			
	0-5	6-10	11-20	21-35
Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados	4,08	3,83	4,31	4,14
Criar/ proporcionar às crianças actividades desportivas	4,06	3,71	3,62	3,76
Treino de autocontrolo para as crianças	3,61	4,04	3,82	4,05
Treino de competências sociais para crianças	3,53	3,25	4,00	3,71
Formação/ educação para pais para lidar com estas crianças	4,00	4,33	4,24	3,86
Formação/ educação para outros agentes educativos para lidar com estas crianças	4,06	4,21	4,22	3,76
Educação centrada na tolerância, no diálogo e não reforço da auto-estima da criança	3,56	4,13	3,55	3,67
Educação centrada na firmeza, na planificação e supervisão	3,50	3,71	3,59	4,00
Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos	3,94	4,21	4,31	4,33
Outra estratégia	0,00	4,67	5,00	4,00
Outra estratégia	0,00	4,00	0,00	0,00

No que diz respeito às práticas educativas efectivamente recomendadas, a maioria dos inquiridos (59,1%) já recomendou algumas destas práticas educativas para a intervenção em PHDA.

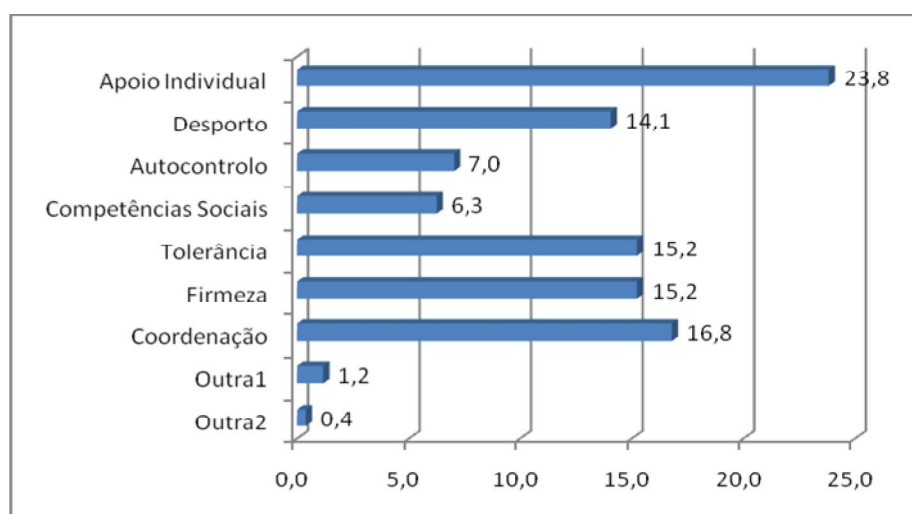
Ao analisarmos de uma forma mais pormenorizada a média de anos de experiência profissional dos grupos que recomendaram ou não este tipo de intervenção, verifica-se que o grupo que já efectuou essa recomendação apresenta uma média superior ($M=14,6$) à do grupo que não o fez ($M=7,89$).

Sendo que ao verificar a comparação entre estas médias podemos constatar que a diferença encontrada é estatisticamente significativas, $t(108)=4,26$ (para $p<,01$).

Esta diferença foi igualmente significativa, $t(108)=4,44$ (para $p<,01$) quando comparamos a média de frequência de contacto do grupo que recomendou diferentes práticas educativas ($M=3,34$) com a daquele que não o fez ($M=2,73$).

No que diz respeito à identidade das práticas efectivamente recomendadas, foi identificado o apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados (23,8%), a intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos (16,8%), a educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança (15,2%) e a educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão (15,2%). Importa aqui evidenciar que estas 2 últimas práticas educativas se encontram entre aquelas que consideram como menos eficazes.

Gráfico 6 – Percentagens das práticas educativas recomendadas



Numa análise mais detalhada da média de anos de experiência profissional de cada uma das práticas educativas efectivamente recomendada (Tabela 29), podemos verificar que a prática com maior média é o Treino de autocontrolo para crianças (M=17,89) enquanto que a que apresenta uma menor média de experiência profissional é o Treino de competências sociais (M=14,12).

Tabela 29 – Média de anos de experiência profissional para cada prática educativa recomendada

Práticas educativas	Média
Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados	14,75
Criar/ proporcionar às crianças actividades desportivas	16,47
Treino de autocontrolo para as crianças	17,89
Treino de competências sociais para crianças	14,12
Educação centrada na tolerância, no diálogo e não reforço da auto-estima da criança	14,26
Educação centrada na firmeza, na planificação e supervisão	15,59
Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos	14,93
Outra estratégia	16,33
Outra estratégia	6,00

No que diz respeito à média de contacto com esta perturbação em cada uma das práticas educativas efectivamente recomendadas (Tabela 30), verifica-se que a prática que tem uma maior média de contacto é o treino de competências sociais (M=3,56). Sendo que a média mais baixa foi verificada pelo grupo que já recomendou o treino de autocontrolo (M=3,22).

Tabela 30 – Média de frequência de contacto para cada prática educativa recomendada

Práticas educativas	N	Média
Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados	61	3,36
Criar/ proporcionar às crianças actividades desportivas	36	3,44
Treino de autocontrolo para as crianças	18	3,22
Treino de competências sociais para crianças	16	3,56
Educação centrada na tolerância, no diálogo e não reforço da auto-estima da criança	39	3,23
Educação centrada na firmeza, na planificação e supervisão	39	3,33
Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos	43	3,44
Outra estratégia	3	3,67
Outra estratégia	1	3,00

Apenas nove indivíduos (8,2%) afirmaram que gostariam de ter recomendado este tipo de práticas, mas não tiveram oportunidade de o fazer.

Em relação às práticas que gostariam de ter recomendado, 2 indicaram o Apoio Individual, 5 referiram o Treino de Autocontrolo, 4 indicaram o Treino das Competências Sociais, 2 referiram a Intervenção centrada na coordenação entre os diferentes agentes educativos e 1 referiu a Educação centrada na tolerância. É ainda de apontar que nenhum técnico indicou a Promoção de actividades desportivas e a Educação centrada na firmeza.

Nas razões que sustentam o não terem efectuado este encaminhamento, 5 referiram não o fazer por falta de oferta na região, 3 referiram que não o fizeram, porque consideraram que não se enquadrava nas suas funções fazer este encaminhamento, e 1 referiu que não efectuara este encaminhamento porque o aluno em causa já se encontrava encaminhado.

VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os objectivos do estudo procedeu-se à análise dos resultados encontrados, seguindo a mesma ordem de apresentação adoptada na sua apresentação.

Sendo assim, foram analisadas as diferentes categorias de resposta, estabelecendo e reflectindo acerca dos seus níveis de associação. Esta análise foi efectuada à luz do enquadramento teórico apresentado no Capítulo II do presente trabalho.

Contacto e Gravidade da PHDA

Pela análise dos resultados encontrados, rapidamente nos apercebemos que o contacto dos diferentes profissionais inquiridos com a PHDA é quase um facto generalizado, sendo que 79,9% dos indivíduos referem já terem contactado com esta problemática “algumas vezes” ou mais.

Tal constatação parece justificar o presente estudo, verificando-se que esta é uma perturbação prevalente e com validade clínica tal como as reflexões mais globais têm constatado (Barkley et al., 2002; Taylor et al., 2004). Sendo assim, a PHDA surge como uma realidade e não apenas uma tendência de resposta às exigências da sociedade ocidental como alguns estudos pretendiam evidenciar (Hartman, 1993, cit. por Fonseca, 1998; Selley-Tremblay & Rosen, 1996, cit. por Fonseca, 1998; Klimkeit & Bradshaw, 2007).

No entanto, será importante referir que esta percepção pode ser fruto de sobreavaliação desta perturbação por parte dos professores, já verificada e analisada noutros estudos (Glass & Wegar, 2000; Havey, 2007). Surge assim a possibilidade deste grupo de profissionais sobre-referirem esta perturbação no sentido de assumirem que o comportamento disruptivo dos alunos por ser inerente à perturbação, não seja passível do seu controlo (op. cit.).

Numa análise mais detalhada, verifica-se que os indivíduos com mais experiência profissional, relatam também uma frequência de contacto maior. No entanto, a análise da relação entre estas duas variáveis é apenas moderadamente positiva, o que implica que estas duas variáveis são distintas e devem ser tratadas no presente estudo como tal.

Sendo assim, e apesar da correlação entre os anos de experiência profissional e a gravidade atribuída, não ser significativa, verifica-se na análise desse coeficiente para a relação entre a gravidade atribuída e a frequência de contacto com esta perturbação, um nível de associação positivo e bastante significativo.

Estes resultados parecem assim não ser totalmente coincidentes com o verificado por Sciutto e colaboradores (2004), cujo estudo não verificou qualquer relação do nível de gravidade, nem com o número de anos de experiência profissional, nem com o contacto prévio com crianças com PHDA.

Tal constatação poderá, eventualmente, significar que uma maior frequência de contacto tende a uma redução da problematização desta perturbação e aumenta a sensação de controlo possuído pelos técnicos que a acompanham e uma relativização dos comportamentos-problema vivenciados. No entanto, a frequência de contacto pode também exercer a influência oposta, como indicam os nossos próprios resultados.

Torna-se importante referir que as diferenças entre estes estudos podem não constituir diferenças reais entre as duas amostras, mas sobretudo diferenças devidas a questões de âmbito metodológico, em particular, a forma como cada uma destas variáveis foi operacionalizada.

Nesse sentido, verifica-se que no estudo de Sciutto e colaboradores (2004), a variável gravidade foi estimada em função das respostas dadas a entrevistas estruturadas de diagnóstico, bem como por baterias de avaliação neuropsicológica dos diferentes subtipos de PHDA. Sendo que, no que diz respeito à variável contacto, esta foi avaliada através do número médio de crianças com diagnóstico de PHDA com quem efectivamente estiveram em contacto por cada ano de experiência profissional (op. cit.).

Por sua vez, no presente estudo, estas variáveis foram verificadas em função da percepção que cada profissional tinha acerca da sua frequência de contacto prévio, bem como da gravidade atribuída a esta perturbação. Percepções essas avaliadas através de uma escala referenciada, do tipo Likert.

Importa ainda referir a questão relacionada com a representatividade da amostra, que juntamente com as questões metodológicas referidas anteriormente, deve levar a um cuidado acrescido na análise dos resultados e sua interpretação à luz da investigação anterior.

No que concerne às diferenças encontradas entre as diferentes categorias profissionais inquiridas, ainda que a dimensão de algumas seja demasiado reduzida para que se possam retirar conclusões, vale a pena reflectir sobre o facto dos psicólogos

serem a tipologia de profissionais que refere ter um contacto menos frequente com esta perturbação, bem como sobre o facto dos professores de educação especial terem um maior contacto do que os professores de ensino regular. A primeira observação parece contrastar com o facto mais à frente analisado de este ser o profissional mais referenciado para lidar com esta perturbação, podendo assim sugerir, tal como apontado no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b), que também actualmente a maioria das crianças com esta perturbação poderá não estar a receber a ajuda suficiente e adequada. A segunda observação reporta-nos à possibilidade de a desejada partilha de funções ao nível do ensino de crianças com problemas de comportamento não ser, ainda, uma realidade nas escolas nacionais.

No que diz respeito ao nível de gravidade, verifica-se que os professores de educação especial são a categoria profissional que possui a média mais elevada. Por oposição, são os profissionais incluídos noutras categorias que ainda que referindo a maior frequência de contacto com crianças com esta perturbação, apresentam a média mais baixa no que diz respeito ao nível de gravidade desta perturbação.

Estes resultados parecem assim contrários ao verificado na análise geral do nível de associação entre a frequência de Contacto e a Gravidade atribuída a esta perturbação, em que a relação era positiva e significativa. Contudo, e tendo em conta a dimensão do grupo em questão, não nos parece relevante explorar essa mesma particularidade.

Sintomas da PHDA

No sentido de evitar repetição de itens, foi proposta uma combinação de 21 itens pertencentes a outras escalas e que pedia ao inquirido que os classificassem quanto ao nível de gravidade.

Tendo em conta que não se tratava de uma combinação previamente testada foi analisada a sua consistência interna, cujo valor se apresentou fortemente positivo.

Numa análise mais pormenorizada, verifica-se que todos os itens apresentam uma média positiva, sendo que os itens mais valorizados parecem dizer respeito a sintomas relacionados com problemas de falta de atenção.

Assim, tal como já se tinha verificado na amostra de professores do estudo de Melo (2003) e de Fonseca e colaboradores (1996), o item que alcançou a média mais

elevada, quer no grupo de professores de ensino regular, quer no grupo de psicólogos foi “Distrai-se facilmente com estímulos externos”.

Verifica-se, assim, que os sintomas a que é atribuída maior gravidade estariam associados às dificuldades em manter a atenção. Esta constatação parece indicar, tal como os estudos anteriores defendiam (Melo, 2003; Fonseca et al., 1996), que as dificuldades ao nível da persistência da atenção poderão ser mais notórias perante a exigência de tarefas como as existentes no contexto escolar.

Numa análise mais pormenorizada das percepções da gravidade dos sintomas em função da experiência profissional, importa reflectir sobre a excepção encontrada na categoria de profissionais com mais anos de experiência, a qual aponta o sintoma “Sai do lugar na sala de aula, ou noutros sítios, onde se esperaria que uma pessoa se mantivesse sentada”. Tal constatação parece apontar para o facto de pessoas com mais anos de experiência terem mais dificuldade em lidar com os comportamentos mais perturbadores do normal funcionamento da aula.

No que diz respeito ao somatório da gravidade atribuída aos diferentes sintomas, verificou-se uma forte correlação entre este e o nível de gravidade com que classificam a perturbação, indicando que os respondentes tiveram alguma atenção no preenchimento do questionário, em particular no nível de gravidade atribuído à lista de sintomas.

Sendo assim, e tal como já se tinha verificado precedentemente entre a experiência profissional e a percepção de gravidade atribuída à listagem de sintomas não evidenciam qualquer relação.

Estes resultados parecem ir de encontro ao já verificado para a relação entre a experiência profissional e o nível de gravidade atribuído de um modo geral a esta perturbação, e tal como já referido com o previsto pelo estudo de Sciutto e colaboradores (2004).

No que diz respeito à correlação entre o somatório da gravidade atribuída aos sintomas e a frequência de contacto, voltou-se a constatar a disparidade com o estudo referido, uma vez que também nesta análise entre frequência e gravidade atribuída se verificou uma correlação fortemente positiva.

Causas explicativas da PHDA

No que diz respeito às causas explicativas da PHDA, verifica-se, de uma forma distinta do que se tinha constatado no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b), que as respostas dos inquiridos não parecem estar muito distantes das tendências mais actuais de investigação sobre esta perturbação (Arnsten, 2007; Barkley, 2006; Middleton & Faraone, 2007), sendo que entre os três factores mais referidos podemos identificar na primeira posição os factores neurológicos e em terceiro lugar os factores genéticos.

No que diz respeito à causa mais apontada em função das diferentes actividades profissionais e do número de anos de experiência profissional, é de realçar que os factores neurológicos surgem sempre como a causa mais referida. Estes dados parecem ir de encontro ao verificado em estudos anteriormente realizados com professores (Glass & Wegar, 2000; Jerome et al., 1999) que apontavam para uma prevalência da indicação de causas biológicas como causas explicativas destas perturbação.

Em relação aos mitos habitualmente identificados nos diferentes estudos realizados acerca do conhecimento acerca desta perturbação (Jerome et al., 1999), podemos verificar que não é tão comum, na nossa amostra de técnicos, a referência à influência da ingestão de açúcar e outros alimentos como causa explicativa da PHDA.

É de referir no entanto, a prevalência da visão desta perturbação como sendo produto da sociedade, isto é, “uma doença da moda”, que surge em quarto lugar com 10% do total de causas identificadas.

Tal resultado poderá estar relacionado com algumas das tendências de publicação no nosso país (Salgueiro, 1996), bem como com a divulgação de informação que questiona a existência desta perturbação enquanto entidade clínica ou o aumento da sua prevalência.

É ainda de realçar as referências à influência de complicações pré-natais e perinatais, à influência da televisão e à influência dos factores tóxicos também associados à gravidez.

Na amostra considerada na sua globalidade, estes três grupos de factores apresentam uma percentagem superior a 5%, apesar da investigação existente não ser determinante na identificação desta relação de causalidade. Sendo assim, se a referência às causas associadas ao período pré-natal e perinatal e à influência de factores tóxicos surge nalguns estudos (Barkley, 2002; Button et al., 2005; Chandola et al., 1992;

Cherkes-Julkowsky, 1998; Nichols & Chen, 1981; Mick et al., 1996; Mick et al., 2002; Werry et al., 1964, cit. por Melo, 2003; Milberger et al., 1996; Willens et al., 2005), no que diz respeito à televisão, os resultados são mais díspares, sendo que alguns identificam uma relação entre esta e a PHDA (Christakis et al., 2004; Landhuis et al., 2007; Zimmerman & Christakis, 2007), e outros atestam o contrário (Acevedo-Polakovich, 2006; Stevens & Mulsow, 2006).

Importa ainda referir que as médias de anos de experiência profissional superiores foram encontradas em causas sem suporte científico, tal como “Demasiada televisão” e o facto de esta perturbação ser produto da sociedade. Estes resultados parecem evidenciar que mais anos de experiência não estariam forçosamente associados a um maior conhecimento acerca desta perturbação, tal como já tinha sido referenciado por Fernández e colaboradores (2007).

Uma constatação semelhante verifica-se ao nível da relação entre a média do nível de frequência com que já contactaram com esta perturbação e as escolhas efectuadas ao nível das causas explicativas da mesma. Sendo assim, também aqui se verifica que apenas a 3ª média mais elevada é verificada numa causa com sustentação científica actual, tal como os factores genéticos (Lopes, 2004; Middleton & Faraone, 2007). Também um maior nível de contacto com a PHDA parece não estar relacionado com um maior conhecimento etiológico acerca desta perturbação.

É ainda de referir que a média superior de contacto foi verificada na indicação do açúcar e outros alimentos como estando na origem desta perturbação, evidenciando a prevalência deste mito entre profissionais em funções, tal como havia sido constatado nos estudos de Jerome e colaboradores anteriormente referenciados (1995,1999).

Eficácia das Formas de Intervenção

De uma forma geral, as médias de todas as formas de intervenção foram elevadas, não se identificando nenhuma forma de intervenção que se destaque das outras quer pela eficácia, quer pela não eficácia.

Este facto parece advir da opção de só se ter colocado à consideração formas de intervenção que apresentam eficácia comprovada ao nível da literatura.

No entanto, se analisarmos um pouco mais em pormenor os resultados encontrados, verifica-se que a categoria de resposta que atingiu uma média superior foi

“Identificar as causas para depois actuar”, uma forma de intervenção de certa forma ambígua, sugerida com uma frequência significativa no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b) e que parece traduzir alguma falta de determinação na preferência da estratégia escolhida.

No entanto, este resultado parece, de alguma forma comprovar, que cada forma de intervenção tende a ser avaliada tendo em conta as dificuldades inerentes à sua aplicação e o nível de gravidade dos problemas a tratar (Witt & Martens, 1983; Witt et al., 1984).

É ainda de referir que embora uma percentagem apreciável de indivíduos (22,8%) aponte como causa desta perturbação problemas relacionados com o funcionamento familiar, a Intervenção familiar surge apenas em quarto lugar em termos de eficácia (se não levarmos em linha de conta as outras formas de intervenção sugeridas). Este facto em conjunto com a quinta posição atribuída às práticas educativas não correspondem à tendência para privilegiar as intervenções de tipo educacional encontrada no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b).

No que diz respeito às escolhas efectuadas pelas diferentes categorias de técnicos, não foram identificados resultados diferenciados.

No entanto, é de referir, que no que diz respeito aos professores do ensino regular, as Práticas Educativas foram a forma de intervenção que reuniu um menor nível de eficácia. Este dado parece ir de encontro a alguns estudos previamente realizados (Graczyk et al., 2005) e que apontam para que os profissionais da área de ensino tendem a não confiar na eficácia da sua própria capacidade de intervenção.

No que diz respeito à associação entre a experiência profissional e a eficácia atribuída a cada forma de intervenção, os resultados parecem de alguma forma contrastar com o verificado em estudos anteriores. Referimo-nos especificamente ao estudo apresentado por Pentecost e Wood (2002), no qual os técnicos que tinham terminado a sua formação há menos tempo tendiam a apostar mais em intervenções dirigidas ao contexto familiar. Pelo contrário, no presente estudo, os profissionais com maior experiência profissional revelaram uma maior preferência pela Intervenção/terapia familiar, enquanto que o grupo com menor experiência foi, de entre os 4 grupos, aquele que registou uma média inferior na eficácia atribuída a essa estratégia.

É ainda de referir, que ao contrário do que foi verificado nalguns estudos anteriores (Glass & Weigar, 2000; Havey, 2007; Salt et al., 2005), não se verificou em nenhum dos grupos uma preferência pela intervenção farmacológica. No entanto, ao

fazermos uma análise mais pormenorizada, verifica-se que a média de eficácia superior foi constatada no grupo com maior experiência profissional, sendo que essa tendência verificou-se noutras formas de intervenção. Tal tendência poderá evidenciar uma maior abertura às diferentes formas de intervenção e ao recurso a estratégias disponibilizadas por diferentes serviços, tal como verificado no estudo de Pentecost e Wood (2002).

Recurso a profissionais externos à família

No que diz respeito ao profissional externo preferido para intervir junto de crianças com PHDA, verifica-se que, tal como já apontado no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b), o profissional mais referido é o Psicólogo, se bem que, nos nossos resultados, a frequência dessa categoria de resposta não é tão dominante como no estudo referido.

Nesse sentido, verifica-se que as respostas tendem a dispersar-se mais entre as diferentes categorias de resposta, sendo que, ao contrário do que se tinha verificado nesse mesmo estudo, nota-se que a segunda categoria profissional mais referenciada foi o Pedopsiquiatra e a quarta o Neurologista, evidenciando assim uma maior tendência em recorrer a especialistas da área da Medicina, tal como verificado na amostra de Clínicos gerais do estudo de Salt e colaboradores (2005). Não obstante, enquanto que, neste último caso, se pode tratar de um fenómeno de autovalorização, no presente estudo, o realce conferido a estes profissionais poderá traduzir uma ênfase na natureza biomédica da PHDA.

É ainda de indicar a frequência de referências ao Professor de educação especial, que sendo uma categoria profissional pouco assinalada no estudo nacional de Fonseca e colaboradores (1998b), surge aqui na terceira posição. Tal tendência poderá apenas evidenciar a propensão para os profissionais autopromoverem a sua própria categoria ou aquela que mais se aproxima da sua. Sendo assim, e tendo em conta que a questão colocada permitia respostas múltiplas, ainda que a categoria do Psicólogo seja a eleita por todas as categorias profissionais, é previsível, que sendo a maioria dos inquiridos professores tenham referido a categoria profissional à qual podem recorrer com maior facilidade.

Por outro lado, é de notar que sendo a maioria dos respondentes professores de ensino regular privilegiam o recurso ao professor de educação especial em detrimento

do recurso a um professor de ensino regular. Tal poderá radicar na percepção de uma maior competência ou especialização por parte do professor de educação especial e/ou na delegação de responsabilidades ao nível da intervenção com alunos com PHDA. Este facto parece concordante com a constatação de que o grupo de professores de ensino regular, para além dos profissionais que se inserem noutras categorias, foi o grupo que apresentou a maior percentagem de recurso ao aconselhamento de um profissional externo para intervir nesta perturbação.

No que diz respeito à média de anos de experiência profissional para cada um dos profissionais externos referidos, verifica-se que a média superior constatou-se no grupo que identificou o médico de família como o profissional mais eficaz para lidar com esta perturbação.

Tendo em conta uma maior abertura do grupo de profissionais com mais 21 anos de experiência a serviços de intervenção externas (tal como verificado na secção anterior), esta preferência pelo médico de família parece reflectir uma tendência não comprometedora deste grupo em encaminhar as crianças com PHDA, e respectivas famílias, para um técnico de conhecimento alargado que as possa ajudar na escolha da resposta mais adequada para a situação em causa.

Em relação à percentagem de profissionais que efectivamente aconselhou a família a recorrer a um profissional externo, verifica-se que a maioria (61,8%) dos inquiridos já optou por fazer essa referência.

Estes resultados parecem assim apresentar uma perspectiva um pouco mais positiva acerca do encaminhamento. Nesse sentido, e apesar do presente estudo não comprovar que as famílias recorreram de facto ao profissional recomendado, parece que os profissionais inquiridos estão de um modo geral sensibilizados para a necessidade de proceder a uma intervenção específica com um profissional adequado para lidar com crianças com esta perturbação, tal como verificado na amostra de clínicos gerais do estudo de Salt e colaboradores (2005).

No que diz respeito à tipologia de profissionais que realiza com mais frequência encaminhamentos para profissionais externos, os resultados não foram surpreendentes, verificando-se que são os que desempenham a sua profissão há mais tempo (e que, por sua vez, tendem a apresentar uma maior frequência de contacto com a Perturbação) os que mais aconselhamentos fizeram, verificando-se que a totalidade dos profissionais com 21 anos ou mais de experiência profissional já recomendaram algum profissional externo para intervir neste tipo de situações. Por oposição, os profissionais com menos

anos de experiência, na sua maioria, nunca fizeram este tipo de aconselhamento, talvez por falta de oportunidade.

Ao analisarmos as categorias profissionais efectivamente recomendadas os resultados encontrados são concordantes com as escolhas perspectivadas ao nível da eficácia de cada profissional. Sendo assim, e independentemente da categoria profissional do inquirido, o profissional mais frequentemente recomendado é o Psicólogo.

Estes resultados parecem contrariar o verificado na análise da frequência de contacto, onde, não obstante as reservas inerentes ao diminuto número de psicólogos inquiridos, se verificava que estes eram a categoria profissional que apresentavam uma menor percentagem de contacto com esta perturbação. Em todo o caso, importa verificar se estas recomendações são de facto levadas em linha de conta, isto é, se os pais procuram de facto a ajuda para apoiar os seus filhos, uma vez que estudos anteriores (Burns, 1991; Burns et al., 2004; Efron et al., 2008) constataram que apenas uma percentagem reduzida de crianças tende a receber a ajuda adequada.

No que diz respeito à reduzida percentagem de técnicos que gostaria de ter recomendado um profissional externo mas não o fez, as razões apresentadas radicam na falta de disponibilidade destes técnicos na escola ou região, bem como em questões económicas relacionadas com a família.

Estes dados parecem ir de encontro ao estudo de Efron (1998) realizado na Austrália com uma amostra de pais de crianças com PHDA, os quais relatavam a carência de recursos ao nível das escolas para dar resposta às necessidades dos seus filhos, bem como técnicos com conhecimento sustentado acerca desta perturbação.

Importa assim analisar se existem nas escolas nacionais técnicos com formação adequada para lidar com a PHDA, uma vez que nem sempre as famílias dispõem de recursos para procurar este apoio nos serviços de intervenção privados.

Lamentavelmente, com base nos recursos humanos disponíveis para o atendimento a crianças com necessidades especiais, pode antecipar-se que tais técnicos existem em número insuficiente. De facto, segundo o Observatório dos Apoios Educativos, no ano lectivo de 2002/2003, 7211 docentes foram afectados à educação especial/apoio educativo de um total de 61552 crianças, não sendo mencionados quaisquer outros técnicos. Deve-se ainda referir que os recursos existentes estão longe de corresponder ao universo de alunos a necessitar de apoio (Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial, 2003).

Intervenção Farmacológica

No que diz respeito ao nível de concordância com a intervenção farmacológica, é importante referir que, de forma contrária à tendência verificada no estudo de Fonseca e colaboradores (1998b), nos resultados analisados constata-se que a grande parte dos inquiridos concorda com este tipo de intervenção em situações em que a PDHA é diagnosticada em crianças. Estes resultados parecem evidenciar assim que os 11 anos que separam o presente estudo do anteriormente referido, assistiram a uma ampla difusão desta forma de intervenção e uma maior aceitação da mesma.

Nesse sentido, a tendência referida parece ir de encontro ao verificado em estudos internacionais realizados com professores, e que revelam uma maior aceitação da intervenção farmacológica quer utilizada de uma forma isolada (Glass & Weigar, 1990), quer considerada em combinação com outras formas de intervenção (Havey, 2007).

Numa análise mais detalhada, verifica-se que são os técnicos com mais experiência que apresentam um maior nível de concordância com a intervenção farmacológica, sendo que por oposição, são sobretudo os profissionais que exercem a sua actividade há menos tempo que apresentam maior discórdia na toma de fármacos para ajudar a ultrapassar esta perturbação. Esta constatação parece estar relacionada com o facto de quanto maior o nível de experiência maior a aceitação de formas mais incisivas para lidar com este tipo de problemática.

Estes resultados parecem ir de encontro ao perspectivado por Vereb e DiPerna (2004) e por Pentecost e Wood (2002) que constataram uma relação positiva entre o conhecimento acerca da PHDA, os anos de experiência profissional e o grau de concordância com a intervenção farmacológica.

Esta mesma relação, foi de igual forma constatada entre os níveis de concordância com a intervenção farmacológica e a frequência de contacto com crianças com esta perturbação, sugerindo assim que, tal como já avançado, os professores com maior contacto com estas crianças parecem estar mais familiarizados e, por isso, mais receptivos a este tipo de intervenção e aos seus efeitos (Vereb & DiPerna, 2004).

No que diz respeito à relação entre a percepção da gravidade desta perturbação e a concordância com esta forma de intervenção, não se verifica a mesma significância na relação.

Da análise mais pormenorizada da relação entre o nível de gravidade atribuído a cada sintoma e o nível de concordância com a intervenção farmacológica, verificam-se algumas correlações significativas que é importante analisar.

Sendo assim, verifica-se que os maiores índices de correlação se reportam aos sintomas relacionados, sobretudo, com a Hiperactividade e com a Impulsividade. Tal constatação parece evidenciar que comportamentos como correr, excesso de actividade motora, ou verbal, sair do lugar, interromper (todos com $p < .01$) podem ser altamente perturbadores do funcionamento da sala de aula, e, por conseguinte, passíveis de suscitar uma mais fácil adesão em relação à intervenção farmacológica, por parte de uma amostra constituída maioritariamente por professores.

É ainda de realçar as relações negativas encontradas com os sintomas “frequentemente, evita envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado (por exemplo, trabalhos escolares ou tarefas de casa)” e “com frequência, parece não prestar atenção ao que se lhe está a dizer”, que apesar de não apresentarem significância estatística, são sintomas associados sobretudo à persistência da atenção.

No entanto, apesar de se registar um nível bastante positivo de concordância com esta forma de intervenção, verifica-se que a maioria dos inquiridos nunca recomendou a Intervenção Farmacológica para crianças com PHDA.

Sendo assim, e tendo em conta que as categorias profissionais participantes neste estudo são os grupos de técnicos que habitualmente lidam com maior frequência com estas crianças e respectivas famílias, importa analisar as razões que levaram a que não se efectivassem as respectivas recomendações. Nesse sentido, verificou-se que grande parte dos inquiridos referiu não possuir habilitações/informação suficiente para tal aconselhamento.

Tal constatação parece ser um indicador positivo da existência de algumas precauções e até receios no recurso a esta forma de intervenção. Nesse sentido, e tal como proposto na revisão da investigação mais recente (Melo, 2003; Sousa, 2004), a intervenção farmacológica não parece estar a ser encarada como um processo automático, e está muito longe de ser vista como a primeira opção ou como decisão de um só técnico.

No que diz respeito à categoria de técnicos com maior percentagem de recomendações, identifica-se o grupo de psicólogos, para além dos profissionais inseridos noutras categorias profissionais. No entanto, tendo em conta a dimensão de cada um destes grupos, não nos parece viável extrair conclusões a partir destes dados.

Em relação às causas atribuídas a esta perturbação e o nível de concordância com uma intervenção ao nível farmacológico, verifica-se que são sobretudo aqueles que apontaram causas ao nível biológico que apresentam maiores níveis de concordância. Sendo que as médias de concordância mais reduzidas foram verificadas em causas sem sustentação científica (Demasiada televisão e Produto da sociedade), pode-se apontar que os técnicos menos esclarecidos acerca desta perturbação e, por isso, mais crentes dos mitos que lhe estão associados, estariam menos familiarizados com esta forma mais incisiva de intervenção e, por isso, menos abertos à sua utilização. Estes resultados parecem ir de encontro às diferenças encontradas no estudo intercultural de Curtis e colaboradores (2006), bem como no de Graczyk e colaboradores (2005), dado que salientam a familiaridade com a PHDA (Curtis et al., 2006) ou os conhecimentos possuídos (Graczyk et al., 2005), como factores de concordância no que respeita à intervenção farmacológica.

No entanto, e apesar da associação verificada, importa referir que todas as possibilidades de etiologia apresentadas apresentaram uma média de concordância com a intervenção farmacológica igual ou superior a 2,5. Em particular, realça-se que o grupo de respondentes que considerou a PHDA como produto da sociedade, evidenciou uma média de 2,94, bem como o grupo que referiu o excesso de televisão que apresentou uma média de 2,91.

Esta tendência apresenta-se assim concordante com os estudos anteriores que verificaram essa mesma incoerência (Fonseca et al., 1998b; Glass & Wegar, 2000; Salt et al., 2005), isto é, crê-se que a medicação é adequada mesmo quando não se considera que a PHDA tem uma determinação biológica.

Práticas educativas

Verifica-se que, de uma forma pouco discriminatória, foi constatada alguma homogeneidade entre as opiniões analisadas, sendo que os inquiridos tendem a considerar todas as práticas apresentadas como eficazes na maioria das situações.

No entanto, a intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos foi a que apresentou um maior nível de concordância, parecendo sugerir o reconhecimento dos técnicos inquiridos das vantagens de trabalhar em equipas multidisciplinares.

Por oposição, verifica-se que o treino de competências sociais, foi a prática educativa que obteve uma média inferior, ainda que bastante positiva. Perante tal resultado, coloca-se a hipótese de existir alguma falta de conhecimento acerca dos objectivos desta prática e/ou alguma reserva em relação às suas possibilidades de implementação em contexto escolar.

Nesse sentido, e numa análise mais pormenorizada, verificou-se que o grupo de respondentes que referiu já ter recomendado essa forma de intervenção foi o que apresentou a menor média de anos de experiência profissional, sendo que, os profissionais com maior experiência profissional parecem optar por estratégias relativamente mais acessíveis e simples de implementar, tais como, o treino de autocontrolo para as crianças e o criar/proporcionar às crianças actividades desportivas.

Da mesma forma, tal como já se tinha verificado no estudo já referido de Fonseca e colaboradores (1998b), a proximidade das médias entre opções de intervenção que parecem ser de algum modo contraditórias (Educação centrada na firmeza e Educação centrada na tolerância) parece também apontar para alguma confusão no conhecimento possuído pelos inquiridos deste estudo acerca das práticas educativas em análise.

Surge assim, como que a comprovar essa mesma falta de conhecimento, uma tendência para valorizar a existência de acções educação/formação quer para os pais de crianças com PHDA, quer para os restantes agentes educativos que lidam com esta perturbação, uma necessidade constatada em estudos internacionais anteriores (Hawkins et al., 1991; Jerome et al., 1994; Jerome et al., 1999; Piccolo-Torsky & Waishwell, 1998; Reid et al., 1994; Sciutto et al., 2000; Whitworth et al., 1997)

É ainda de realçar que apesar de apresentar um resultado bastante positivo, a Educação centrada na firmeza foi a segunda opção de resposta com um nível de concordância inferior. Tal resultado parece assim ir de encontro ao que alguns estudos anteriores (Martens et al., 1986; Power et al., 1995) preconizavam, isto é, que os diferentes técnicos tendem a preferir formas de intervenção positivas ou invés do recurso a contingências negativas.

Um outro aspecto diz respeito à preferência verificada no grupo de professores de educação especial e de psicólogos na opção pelo apoio pedagógico individualizado. Sendo assim, e tal como se tinha verificado na selecção do profissional externo à família para lidar com esta perturbação, estas categorias profissionais parecem reconhecer a eficácia do seu trabalho e da importância de um acompanhamento individualizado. È

ainda de referir que esta valorização de um acompanhamento de um para um já havia sido verificada em estudos anteriores (Jerome et al., 1999).

No que diz respeito à efectivação destas práticas, verifica-se, que tal como já havia acontecido na recomendação de profissionais externos à família, também a maioria dos inquiridos referiu já ter recomendado alguma destas práticas, sendo que estes técnicos diferem significativamente dos restantes, quer na média de anos de experiência profissional, quer na média de frequência de contacto com esta perturbação.

Das diferentes formas de intervenção ao nível das práticas educativas apresentadas, verificou-se que o apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados foi a opção mais referida, tal como no estudo anteriormente referido de Jerome e colaboradores (1999).

Apenas uma minoria referiu que gostaria de ter recomendado este tipo de práticas, mas não tiveram oportunidade de o fazer. Apesar de o número não ser significativo para se retirarem conclusões, vale a pena referir que as razões apresentadas sugerem a falta de oferta na região, a falta de confiança para efectivar essa recomendação, ou o não se justificar na situação em causa.

VII – CONCLUSÕES

A quantidade de investigações feitas na área da PHDA parece ser uma evidência dos nossos tempos, numa perturbação que, apesar de tão comum, ainda tem tanto que dar a conhecer-se.

Torna-se fundamental continuar com a investigação nesta área e tentar comprovar ou refutar os modelos apresentados, pois só através de uma verdadeira compreensão deste distúrbio, estaremos no caminho certo ao nível da intervenção e verdadeira integração destas crianças.

Verifica-se através da revisão da literatura que o estudo das percepções dos adultos acerca da PHDA é de extrema importância, pois será através da sua análise e compreensão que poderemos descodificar a verdadeira natureza destes comportamentos (causas genéticas ou hereditárias vs. factores culturais ou situacionais), bem como promover a eficácia das diferentes formas interventivas.

Nesse sentido, tal análise permite-nos identificar relações entre percepções acerca desta perturbação e as opções de encaminhamento (ou falta deste) destas crianças para serviços de avaliação e acompanhamento.

No que diz respeito aos resultados encontrados no presente estudo, é importante reflectir no sentido de analisar as respectivas implicações.

Em primeiro lugar, é importante constatar a prevalência de contacto e percepção de gravidade desta perturbação, que surgem de uma forma praticamente generalizada na amostra, e que reflectem a pertinência e o interesse que este estudo poderá ter junto dos grupos profissionais inquiridos.

Importa assim referir as palavras de apoio e incentivo que fomos recebendo daqueles que acediam a participar na presente investigação, e que mostravam assim o interesse pela problemática e a controvérsia que a envolve.

Nesse sentido, verificou-se que face a estudos anteriores (Fonseca et al., 1998b; Jerome et al., 1998; Jerome et al., 1999), foi bastante positivo constatar que, de uma forma geral, a maioria dos técnicos no terreno se encontra bastante sensibilizada para esta perturbação, e sobretudo mais esclarecida no que diz respeito às suas causas e formas de intervenção.

No entanto, parece ainda haver muito trabalho a fazer no sentido de assegurar que estes técnicos recebem informação e formação suficiente e de qualidade, uma vez que continuam a existir referências ao nível da etiologia desta perturbação distantes das

principais tendências de investigação, sendo que essas referências são muitas vezes feitas por profissionais com considerável experiência profissional, bem como por profissionais com contacto frequente com esta perturbação.

No que diz respeito às tendências de aconselhamento, também parece existir uma frequência considerável de encaminhamentos efectuados. Nesse sentido, quando analisamos as opções de aconselhamentos efectivamente realizados, verificamos que a percentagem mais elevada diz respeito ao recurso a um profissional externo, seguida da percentagem de recurso a diferentes práticas educativas. Com um valor bastante mais reduzido surge a percentagem de aconselhamentos para intervenção farmacológica. Neste caso, e apesar de se verificarem elevados níveis de concordância (mesmo entre os profissionais que atribuem esta perturbação a factores muito distantes da componente biológica), constata-se que a larga maioria dos profissionais inquiridos nunca optou por este tipo de encaminhamento, sobretudo porque não considera possuir conhecimentos suficientes para tal.

Importa ainda referir que estes encaminhamentos estariam sobretudo associados à experiência profissional e ao maior contacto com esta perturbação. Nesse sentido, e tendo em conta os níveis de resposta ao nível da frequência de contacto, importa compreender o porquê dos restantes nunca terem optado por realizar nenhuma das formas de aconselhamento referido, e se estes não o fizeram, se de facto as respectivas crianças estarão a receber o acompanhamento ajustado.

Ainda que a este nível, o presente estudo, não consiga clarificar na totalidade a questão, admite-se que, ao nível da intervenção farmacológica as razões para não efectuar esse encaminhamento estarão sobretudo relacionadas com a não-aceitação ou persistência de algumas dúvidas acerca dessa forma de intervenção. No que diz respeito ao recurso a um profissional externo e a diferentes práticas educativas, os motivos que condicionam a não efectivação deste encaminhamento parecem sobretudo estar relacionados com a falta de recursos ou de disponibilidade dos diferentes técnicos inquiridos para implementar cada uma das diferentes soluções.

Nesse sentido, poderá ser pertinente analisar as respostas que estes técnicos efectivamente têm à sua disposição bem como os obstáculos à implementação de diferentes formas de intervenção para responder às necessidades específicas destes alunos.

Um outro aspecto analisado no presente estudo, diz respeito à influência dos anos de experiência profissional e, de uma forma mais específica, da frequência de contacto prévio com esta perturbação nas diferentes percepções avaliadas.

Sendo assim, verificaram-se, sobretudo no que diz respeito à frequência de contacto, elevados níveis de associação, em particular com a gravidade atribuída a esta perturbação e aos respectivos sintomas, bem como com o nível de concordância com a intervenção farmacológica.

Tal constatação parece despertar a nossa atenção para a possibilidade dos profissionais com mais experiência profissional tenderem a problematizar mais as dificuldades vividas e nesse sentido a serem mais receptivos a formas de intervenção mais incisivas, tal como a intervenção farmacológica. Importa assim, reflectir sobre a possibilidade de existir alguma generalização do recurso a esta forma de intervenção, pelo que importa reforçar a divulgação junto destes grupos profissionais da necessidade dos diferentes encaminhamentos/aconselhamentos serem feitos de uma forma reflectida, e que a intervenção farmacológica nunca deve constituir a primeira opção.

No entanto, e apesar da pertinência do trabalho apresentado, estamos conscientes das suas limitações, sobretudo associadas a imprevistos que condicionaram o seu normal progresso.

Nomeadamente, é de referir que grande parte da revisão da literatura para esta investigação foi realizada em 2005 e 2006, no entanto, por razões pessoais este projecto foi adiado e só agora finalizado. Desta forma, muitos dos estudos que se revelaram fundamentais no enquadramento deste trabalho só surgiram numa fase posterior à construção do questionário e delinear dos objectivos do presente estudo, pelo que rapidamente nos apercebemos que a investigação poderia ter sido conduzida de uma forma diferente.

No entanto, as opções estavam tomadas e tornou-se bastante enriquecedor em termos teóricos e metodológicos estruturar e analisar um questionário de raiz.

Importa ainda, reconhecer as limitações inerentes à amostra constituída e que, quer pelo seu tamanho, que se tentou alargar até ao último momento, quer pelo facto da sua não aleatoriedade, condicionaram a possibilidade de generalizar muitos dos resultados encontrados.

No entanto, gostaríamos de referir o facto do presente estudo ter sido realizado fora dos principais centros urbanos do nosso país, mais frequentemente analisados neste

tipo de investigações, e que nem sempre representam as realidades vividas em cidades de menor dimensão.

Parece-nos assim fundamental continuar e aprofundar o trabalho aqui iniciado, pois só compreendendo as crenças e representações, melhor ou pior sustentadas, dos adultos da nossa sociedade acerca desta perturbação, poderemos entender as suas expectativas e assim esclarecê-las de forma a que estes se tornem um aliado para o sucesso da nossa intervenção.

Deixam-se assim algumas questões que ficaram em aberto, e que poderão ser abordadas em futuras investigações.

Em primeiro lugar, parece importante alargar amostra da investigação, sobretudo no sentido de aumentar a representatividade dos grupos de técnicos para além dos professores de ensino regular, de forma a poder analisar de forma segura os resultados. Ainda no que diz respeito à comparação com diferentes grupos de respondentes, parece-nos importante comparar as respostas dadas pelos técnicos, com as percepções de pais de crianças efectivamente diagnosticadas com esta perturbação, bem como a comparação das respostas deste grupo, com as de outros pais com filhos sem este diagnóstico.

Um outro aspecto, diz respeito ao conhecimento possuído acerca da PHDA. Nesse sentido, seria importante fazer uma análise das diferentes questões aqui analisadas confrontando-as com uma possível versão portuguesa da KADDS, bem como com a carga horária de formação específica, ou número de livros/artigos lidos, acerca desta perturbação após o término da licenciatura.

No que diz respeito às formas de intervenção, também nos parece importante numa análise futura prever outras possibilidades de resposta. Assim, para além da análise das formas de intervenção identificadas, seria importante efectuar uma análise do nível de eficácia atribuído e da frequência de aconselhamentos de formas de intervenção combinadas, como, por exemplo, a Intervenção Multimodal (MTA Cooperative Group, 1999; Rodrigues, 2008)

REFERÊNCIAS

- Acevedo-Polakovich, I. D., Lorch, E. P., Milich, R., & Ashby, R. D. (2006). Disentangling the relation between television viewing and cognitive processes in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and comparison children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 354-360.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Review). Washington, DC: Author.
- Andrews, F. M., Klem, L., Davidson, T. N., O'Malley, P. M., & Rodgers, W. L. (1981). *A Guide of selecting statistical techniques for analysing social science data* (2nd ed.). Michigan: University of Michigan.
- Arnsten, A. F. T. (2007). Catecholamines and the prefrontal cortical regulation of behaviour and attention. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 315-330). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An genetic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26
- Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, V. S., Weaver, A. L., Weber, K. J., et al. (2002). How common is Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?

Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 217-224.

Barkley, A. R. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, A. R. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

Barkley, A. R. (1997b). Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Barkley, A. R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, A. R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde* (L. S. Roizman, Trad.). São Paulo: Artmed.

Barkley, A. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, A. R., Cook, E. H., Diamond, A., Zametkin, A., Thapar, A., Teeter, A., et al. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.

Barkley, R. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.

Barry, E., & Gill, M. (2007). Environmental risk factors and gene-environment interaction in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 149-181). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

- Barry, E.; Hawi, Z., & Kirley, A. (2007). Avenues for pharmacogenetic research in ADHD. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 355-371). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bekle, B. (2004). Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 151-161.
- Brazelton, T. B. (2006). *O grande livro da criança* (9^a ed., M. M. Peixoto, Trad.). Lisboa: Editorial Presença.
- Burns, B. (1991). Mental health service use by adolescents in the 1970s and 1980s. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 144-150.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.
- Button, T. M. M., Thapar, A., & McGuffin, P. (2005). Relationship between antisocial behaviour Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and maternal prenatal smoking. *British Journal of Psychiatry*, 187, 155-160.
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 34-52.
- Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37-54.
- Castellanos, F. X. (2001). Neuroimaging studies of ADHD. In M. V. Solanto, A. F. T. Arnsten, & F. X. Castellanos (Eds.), *Stimulant drugs and ADHD. Basic and clinical neuroscience* (pp. 243-258). New York: Oxford University Press.

- Chandola, C. A., Robling, M. R., Peters, T. J., Melville-Thomas, G. E., & McGuffin, P. (1992). Pre- and perinatal factors and the risk of subsequent referral for Hyperactivity. *Journal of Psychology and Psychiatry*, *33*, 1077-1090.
- Cherkes-Julkowski, M. (1998). Learning Disability, Attention Deficit Disorder and Language Impairment as outcomes of prematurity: A longitudinal study. *Journal of Learning Disabilities*, *31*(3), 294-306.
- Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in Children. *Pediatrics*, *113*(4), 708-713.
- Conrad, P. (1975). The discovery of Hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, *23*(1), 12-21.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. M. (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.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Dankaerts, M., & Taylor, E. (1995). The epidemiology of childhood hyperactivity. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds.), *The Epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 178-209). Oxford: Oxford University Press.
- Davison, J. C., & Ford, D. Y. (2001). Perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in one African American community. *The Journal of Negro Education*, *70*(4), 264-273.

- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development. Theory and applications* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- DosReis, S., Zito, J., Safer, D., & Soeken, K. (1998). Parental knowledge, attitudes and satisfaction with medication for children with Attention Deficit Disorder. *Abstract Book Association Health Services Research Meeting, 15*, 315-316.
- Efron, D., Darman, F. C., & Barker, M. J. (1998). Child and parent perceptions of stimulant medication treatment in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics & Child Health, 34*(3), 288-292.
- Efron, D., Sciberras, E., & Hassel, P. (2008). Are schools meeting the needs of students with ADHD? *Australasian Journal of Special Education, 32*(2), 187-198.
- Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House.
- Fergusson, D. M., Fergusson, I. E., Horwood, L. J., & Kinzett, N. G. (1988). A longitudinal study of dentine lead levels, intelligence, school performance, and behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29*, 811-824.
- Fernández, S. J., Mínguez, R. T., & Casas, A. M. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema, 19*(4), 585-590.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica, 19*, 165-199.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., Rebelo, J. A., & Cardoso, F. (1996). A Escala Revista de Conners para Professores (Conners-28): Dados normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXX*(3), 83-107.

- Fonseca, A. C., Simões, M. R., Rebelo, J. A., Borges, L., Fernandes, J. B., Oliveira, M. G., et al. (1998a). Hiperactividade na comunidade e hiperactividade em meio clínico: Semelhanças e diferenças. *Psychologica, 19*, 111-122.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., & Rebelo, J. A. (1998b). A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório. *Psychologica, 19*, 209-221.
- Friedman, R. J., & Doyal, G. T. (1992). *Management of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (3rd ed.). Austin, TX: Pro.ed.
- 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.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., & Pelham, W. E. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disordered boys' relationships with their mothers and fathers: Child, mother, and father perceptions. *Development and Psychopathology, 15*, 363-382.
- Glass, C. S., & Wegar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Education, 121*(2), 412-421.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Goodman, G., & Poillion, M. J. (1992). Add: Acronym for any dysfunction or difficulty. *The Journal of Special Education, 26*(1), 37-56.
- Graczyk, P. A., Atkins, M. S., Jackson, M. M., Letendre, J. A., Kim-Cohen, J., Baumann, B. L., & McCoy, J. (2005). Urban educators' perceptions of interventions for students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A preliminary investigation. *Behavioral Disorders, 30*(2), 95-104.

- Guardiola, A., Fuchs, F. D., & Rotta, N. T. (2000). Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorders in students: Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58(2-B), 401-407.
- Günther, H. (2003). *Como elaborar um questionário*. Brasília, D. F: UnB, Laboratório de Pesquisa Ambiental.
- Harpur, R. A., Thompson, M., Daley, D., Abikoff, H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2008). The Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Medication-related attitudes of patients and their parents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(5), 461–473.
- 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.
- Hawkins, J., Martin, S., Blanchard, K. M., & Brady, M. P. (1991). Teacher perceptions, beliefs, and interventions regarding children with Attention Deficit Disorders. *Action in Teacher Education*, 13(2), 52-59.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hillemeier, M. M., Foster, E., Heinrichs, B., & Heier, B (2007). Racial differences in parental reports of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder behaviors. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(5), 353-361.
- Hoover, D. W., & Milich, R. (1994). Effects of sugar ingestion expectancies on mother child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 501-515.
- Hoza, B. P. U., Owens, J. S., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., et al. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 569-583.

- Jacobson, K. (2002). ADHD in cross-cultural perspective: Some empirical results. *American Anthropologist*, *104*(1), 283-287.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, *39*(9), 563-567.
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C., & Segal, A. (1999). Graduating teachers' knowledge and attitudes about Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A comparison with practicing teachers. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(2), 192.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*(1), 85-105.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 183-207.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(1), 77-88.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1983). Hyperactivity and diet treatment: A meta-analysis of the Feingold hypothesis. *Journal of Learning Disabilities*, *16*, 324-330.
- Kelly, A. M. C., Scheres, A., Sonuga-Barke, E. S. J., & Castellanos, F. X. (2007). Function neuroimaging of reward and motivational pathways in ADHD. In M.

- Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 209-235). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Klimkeit, E. I., & Bradshaw, J. L. (2007). Evolutionary aspects of ADHD. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 467-479). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- 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.
- Leung, P. W. L., Luk, S. L., Ho, T. P., Taylor, E., Mak, F. L., & Bacon-Shone, J. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in chinese schoolboys. *The British Journal of Psychiatry*, *168*, 486-496.
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Martens, B. K., Peterson, R. L., Witt, J. C., & Cirone, S. (1986). Teacher perceptions of school-based interventions. *Exceptional Children*, *53*(3), 213-223.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., & Crowell, E. W. (2000). Learning Disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, *33*(5), 417-424.
- Mcardle, P. (2007). ADHD and comorbid oppositional defiant and conduct disorders. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 53-68). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- McLeod, J. D., Danielle M. P. H., Fettes, L., Peter, M. A., Jensen, S., Bernice, M., et al. (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Service*, *58*, 626-631.
- Melo, A. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Doutoramento não

publicada: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

- Mick, E., Biederman, J., & Faraone, S. V. (1996). Is season of birth a risk factor for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1470-1476.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, *41*, 378-385.
- Middleton, F. A., & Faraone, S. V. (2007). The genetics of adult ADHD. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 183-208). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- 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? *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1138-1142.
- Milich, R., Wolraish, M., & Lindgren, S. (1986). Sugar and hyperactivity: A critical review of empirical findings. *Clinical Psychology Review*, *6*, 493-513.
- Moreira, J. M (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of Clinical Psychiatry*, *56*, 1073-1086.
- Nicholson, P. L., & Chen, T. C. (1981). *Minimal brain dysfunction: a prospective study*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial (2003). *Observatório dos Apoios Educativos 2002/2003*. Lisboa: Ministério da Educação.

- Olaniyan, O., Reis, S., Garriett, V., Mychailyszyn, M. P., Anixt, J., Rowe, P. C., & Cheng, T. L. (2007). Community perspectives of childhood behavioral problems and ADHD among African American parents. *Ambulatory Pediatrics, 7*(3), 226-231.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 317-334.
- Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire design interviewing and attitude measurement*. New York: Continuum.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos de comportamento – ICD-10* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2005). Racial and ethnic differences in ADHD and LD in young school-age children: Parental reports in the National Health interview survey. *Public Health Reports, 120*, 383-392.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(2) 190-205.
- Pentecost, D., & Wood, N. (2002). Knowledge and perceptions of child-care social workers about ADHD. *British Journal of Social Work, 32*, 931-943.
- Pereira, M., Fonseca, A. C., Fernandes, J. B., Simões, M. R., Oliveira, M. G., Rebelo, J., et al. (1998). Dificuldades de Aprendizagem (LD) e Hiperactividade (ADHD): Estudo comparativo. *Psychologica, 19*, 141-163.
- Piccolo-Torsky, J., & Waishwell, L. (1998). Teachers' knowledge and attitudes regarding Attention Deficit Disorder. *ERS Spectrum, 16*(1), 36-40.

- Pfiffner, L. J., & Barkley, R. A. (1998). Treatment of AD/HD in school settings. In A. R. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.) (pp. 458-490). New York: Guilford Press.
- Power, T. J., Hess, L. E., & Bennett, D. S. (1995). The acceptability of interventions for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder among elementary and middle school teachers. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 16*(4), 238-243.
- Ramirez, R. D., & Shapiro, E. S. (2005). Effects of student ethnicity on judgments of ADHD symptoms among hispanic and white teachers. *School Psychology Quarterly, 20*(3), 268-287.
- Reid, R., Vasa, S., Maag, J., & Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The Journal of Research and Development in Education, 27*(3), 195-202.
- Rebelo, J. A. S. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperactiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XX*(20), 203-218.
- Reynolds, C. R. & Fletcher-Janzen, E. (2008). *Handbook of Clinical Child Neuropsychology*. New York: Springer.
- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades, 6*(21), 9-18
- Rosen, L. A., Booth, S. R., Bender, M. E., McGrath, M. L. Sorrell, S., & Drabman, R. S. (1988). Effects of sugar (sucrose) on children's behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 583-589.
- Rostain, A. L., Power, T. J., & Atkins, M. S. (1993). Assessing parents' willingness to pursue treatment for children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 175-181.

- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.
- Salt, N., Parkes, E., & Scammell, A. (2005). GPs' perceptions of the management of ADHD in primary care: a study of Wandsworth GPs. *Primary Health Care Research and Development*, 6, 162–171.
- Sciutto, M. J., Nolfi, C. J. & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 12(4), 247-253.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. B. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37(2), 115-122.
- Sharkey, L., & Fitzgerald, M. (2007). Diagnosis and classification of ADHD in childhood. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 03-11). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Shelton, T. L., & Barkley, R. A. (1995) Assessment and treatment of ADHD in children. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Silverman, J. W., & Ragusa, D. M. (1992). Child and maternal correlates of impulse control in 24-months old children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116, 435-473.
- Sousa, A. A. (2004). Intervenção farmacológica. In J. A. Lopes. (Ed.), *A Hiperactividade* (pp. 237-259). Coimbra: Quarteto.
- 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.

- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., et al. (2004). European clinical guidelines for Hyperkinetic Disorder – first upgrade. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 1), 1/7-1/30.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, T., & Gilles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. Oxford: Oxford University Press.
- Vera, A. Ruano, M. I., & Ramirez, L. P. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. *Colombia Médica*, 38(4), 433-439.
- 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.
- Weisz, J. R., & Eastman, K. L. (1995). Cross-national research of child and adolescent psychopathology. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp.42-65). Oxford: Oxford University Press.
- Whitworth, J. E., Fossler, T., & Harbin, G. (1997). Teachers' perceptions regarding educational services to students with Attention Deficit Disorder. *Rural Educator*, 19(2), 1-5.
- Wilens, T. E., Haahes, A. L., Biederman, J., Bredin, E., Tanquay, S., Kwon, A., et al. (2005). Influence of parental SUD and ADHD on ADHD in their offspring: preliminary results from a pilot-controlled family study. *American Journal of Addictions*, 14, 179-187.
- Wilkinson, L., & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the classroom: Symptoms and treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 395-413). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (2000). Etiology of inattention and hyperactivity/impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 149-159.
- Winsler, A. (1998). Parent-child interaction and private speech in boys with ADHD. *Applied Developmental Science*, 2(1), 7-39.
- Winsler, A., Diaz, R. M., McCarthy, E. M., Atencio, D. J., & Chabay, L. A. (1999). Mother-child interaction, private speech, and task performance in preschool children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 891-904.
- Witt, J. C., & Martens, B. K. (1983). Assessing the acceptability of behavioral interventions used in classrooms. *Psychology in the Schools*, 20, 510-517.
- Witt, J. C., Martens, B. K., & Elliott, S. N. (1984). Factors affecting teachers' judgments of the acceptability of behavioral interventions: Time involvement, behavior problem severity, and type of intervention. *Behavior Therapy*, 15, 204-209.
- Wolraich, M., Millich, R., Stumbo, P., & Schultz, F. (1985). The effects of sucrose ingestion on the behavior of hiperactive boys. *Pediatrics*, 106, 657-682.
- World Health Organization (1990). *International classification of diseases* (10th ed.). Geneva: Author.
- Young, S. (2007). Cognitive behavioural treatment of ADHD. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 375-393). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Zimmerman, F. J., & Christakis, D. A. (2007). Associations between content types of early media exposure and subsequent attentional problems. *Pediatrics*, 120(5), 986-992.

ANEXO

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

1

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

O presente questionário integra-se numa investigação realizada para a obtenção do grau de Mestre pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Tem como principal objectivo conhecer a percepção dos adultos acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

A sua resposta a este questionário é de grande importância. Procure ser o mais exacto possível nas suas respostas. Estas são absolutamente confidenciais.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Identificação

1- Idade: _____

2- Sexo: Feminino Masculino

3- Concelho de Residência: _____

4- Actividade Profissional:

Professor (Ensino regular)	
Professor de Educação Especial	
Médico de família	
Pediatra	
Psiquiatra	
Pedopsiquiatra	
Neurologista	
Psicólogo	
Outro (Indique qual): _____	

5- Habilitações Académicas: Bacharelato Licenciatura Outra

Se respondeu Outra, indique qual: _____

6- Número de anos de exercício da actividade profissional: _____

INSTRUÇÕES: Em seguida são lhe colocadas algumas questões relativas às suas percepções acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica, colocando uma X no espaço respectivo. Responda a todas as questões.

1. Na sua profissão, com que frequência se tem deparado com crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)?

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

2. Com que nível de gravidade classificaria a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) tal como a conhece?

Muito ligeira	Ligeira	Nem ligeira nem grave	Grave	Muito grave

3. Classifique os sintomas de PHDA constantes da lista, de acordo com o seu grau de gravidade e a seguinte escala:

- 1 – Muito ligeiro
- 2 – Ligeiro
- 3 – Nem ligeiro nem grave
- 4 – Grave
- 5 – Muito Grave

	1	2	3	4	5
Com frequência não segue as instruções.					
Corre frequentemente, de um lado para o outro.					
Comete erros por descuido na escola, trabalho ou noutras actividades.					
Tem dificuldade em jogar ou participar noutras actividades de lazer de maneira sossegada.					
Nas actividades diárias, tem esquecimentos frequentes.					
Sobe, constantemente, para cima das coisas em sítios em que isso parece inadequado.					
Frequentemente, evita envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado (por exemplo, trabalhos escolares ou tarefas de casa).					
Frequentemente muito activo, age como se fosse “puxado por um motor”.					
Com frequência não presta atenção a pormenores.					
Tem frequentemente movimentos excessivos das mãos ou dos pés, torce-se na cadeira.					
Não acaba os trabalhos escolares, as tarefas de casa ou outros deveres.					
Interrompe frequentemente.					
Tem frequentemente dificuldades em manter atenção em tarefas ou jogos.					
Sai do lugar na sala de aula, ou noutros sítios, onde se esperaria que uma pessoa se mantivesse sentada.					
Perde, frequentemente, coisas necessárias à execução de tarefas ou actividades (por exemplo, livros, lápis, brinquedos, instrumentos, etc.).					
Responde, frequentemente, antes da pergunta terminar.					
Distrai-se facilmente com estímulos externos.					
Frequentemente fala de mais.					
Tem frequentemente dificuldades na organização de tarefas.					
Com frequência, parece não prestar atenção ao que se lhe está a dizer.					
Tem, frequentemente, dificuldade em esperar pela vez.					

4. Qual é para si a causa ou as causas explicativas da ocorrência da PHDA? (Assinale todas as que se aplicam)

Factores Genéticos	
Factores associados ao Funcionamento Familiar	
Factores Neurológicos	
Factores Tóxicos (Nicotina, Álcool, outras substâncias)	
Complicações pré-natais e perinatais	
Infecções virais e bacterianas	
Açúcar e outros Alimentos	
Demasiada televisão	
Produto da sociedade (“Doença da moda”)	
Outra (Indique qual): _____	
Não tenho opinião	

5. Qual o grau de eficácia que atribui a cada uma das formas de Intervenção junto de crianças com PHDA?

- 1 – Totalmente ineficaz
- 2 – Ineficaz na maioria das situações
- 3 – Nem eficaz nem ineficaz
- 4 – Eficaz na maioria das situações
- 5 – Totalmente eficaz

	1	2	3	4	5
Recurso a um profissional externo à família					
Intervenção Farmacológica					
Intervenção ao nível da forma de lidar com estas crianças (Práticas Educativas)					
Identificar as causas para depois actuar					
Aconselhamento/ Psicoterapia infantil					
Intervenção/ Terapia Familiar					
Outra (Indique qual): _____					
Outra (Indique qual): _____					

6. Profissionais externos à família

6a) No caso de recomendar um profissional externo à família, qual (quais) o(s) especialista(s) que recomendaria para lidar com uma situação de PHDA. Assinale todos os que se aplicam.

Professor (Ensino regular)	
Professor de Educação Especial	
Médico de família	
Pediatra	
Psiquiatra	
Pedopsiquiatra	
Neurologista	
Psicólogo	
Outro (Indique qual): _____	

6b) Alguma vez recomendou o apoio de algum destes técnicos:

Sim Não

6b₁) Se **Sim**, qual (quais)?

	Recomendei
Professor (Ensino regular)	
Professor de Educação Especial	
Médico de família	
Pediatra	
Psiquiatra	
Pedopsiquiatra	
Neurologista	
Psicólogo	
Outro: _____	

6c) Gostaria de ter recomendado algum técnico, mas tal não aconteceu?

Sim Não

6c₁) Se **Sim**, qual (quais)? _____

6c₂) Porque razões é que não recomendou? _____

7. Intervenção Farmacológica

7a) Qual o seu nível de concordância com o recurso a intervenção farmacológica em crianças com PHDA?

Discordo totalmente do recurso a intervenção farmacológica	
Discordo na maioria das situações	
Não concordo nem discordo	
Concordo na maioria das situações	
Concordo totalmente com o recurso a intervenção farmacológica	

7b) Já recomendou a alguma família o recurso a intervenção farmacológica em crianças com PHDA?

Sim Não

7c) Se **Não** o fez, tal deveu-se a que razões?

8. Práticas Educativas

8a) Qual o grau de eficácia que atribui a cada uma das seguintes práticas educativas, na intervenção com crianças com PHDA?

- 1 – Totalmente ineficaz
- 2 – Ineficaz na maioria das situações
- 3 – Nem eficaz nem ineficaz
- 4 – Eficaz na maioria das situações
- 5 – Totalmente eficaz

	1	2	3	4	5
Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados					
Criar/proporcionar à criança actividades desportivas					
Treino de Autocontrolo para as crianças					
Treino de Competências Sociais para as crianças					
Formação/educação para pais para lidar com estas crianças					
Formação/educação para outros agentes educativos para lidar com estas crianças					
Educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança					
Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão					
Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos					
Outra estratégia (Indique qual): _____					
Outra estratégia (Indique qual): _____					

8b) Já recomendou alguma(s) da(s) prática(s) educativa(s) mencionada(s) para a intervenção em PHDA?

Sim Não

8b1) Se **Sim**, qual (quais)?

	Recomendou
Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados	
Criar/proporcionar à criança actividades desportivas	
Treino de Autocontrolo para as crianças	
Treino de Competências Sociais para as crianças	
Educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança	
Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão	
Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos	
Outra estratégia (Indique qual): _____	
Outra estratégia (Indique qual): _____	

8c) Gostaria de ter recomendado alguma destas práticas, mas não o fez?

Sim Não

8c1) Se **Sim**, qual (quais)? _____

8c2) Porque razões é que não recomendou? _____

Obrigada pela sua participação