



Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor

PHDA (PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO) E AUTO-ESTIMA: QUE RELAÇÃO?

Dissertação apresentada na Escola Superior de Educação João de Deus com
vista com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial:

Domínio Cognitivo e Motor, sob a orientação do
Professor Doutor **Horácio Saraiva**

Lisboa, julho de 2014

Agradecimentos

A todos quantos me acompanharam
nesta caminhada,
o meu bem-haja!



Resumo

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é um dos distúrbios comportamentais mais frequentes em crianças em idade escolar, tendo apresentado um aumento significativo da sua taxa de prevalência na última década. Afeta de forma significativa o rendimento da criança em vários domínios da sua vida quotidiana, sendo frequentemente acompanhada por uma série de pensamentos negativos sobre si própria e sobre o que a rodeia.

Os défices de auto-estima encontrados em grande parte destas crianças, estão associados, em muitos casos, a dificuldades de aprendizagem que se revelam de forma marcante no meio escolar. Digamos que no olhar pedagógico, a hiperatividade infantil está relacionada com deficiências preceativas, comportamentos inapropriados e dificuldades de aprendizagem. Então, crianças com PHDA costumam ter inúmeros problemas de baixa auto-estima, ter baixo desempenho académico, dificuldades sociais, familiares e financeiras. Assim, o diagnóstico e tratamento precoce não visariam apenas o controlo dos sintomas, mas principalmente evitar o impacto deles na vida do indivíduo.

Sendo assim, no âmbito deste trabalho, foi efetuado um estudo que visa aferir a influência que a hiperatividade exerce na auto-estima dos alunos.

Palavras-Chave: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, auto-estima.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common behavioral disorders in school-age children and has presented a significant increase in its prevalence rate in the last decade. Significantly affects the performance of the child in various areas of their daily lives and is often accompanied by a series of negative thoughts about themselves and what surrounds her.

Deficits of self-esteem found in many of these children are associated, in many cases to learning difficulties that are revealed markedly in the school environment. Let us say that in a pedagogical way, child hyperactivity is related to perceptive disabilities, inappropriate behavior and learning difficulties. So, children with ADHD often have many problems of low self-esteem, have low academic performance, social difficulties, family and financial. Thus, early diagnosis and treatment would aim not only symptoms control, but mostly avoid their impact on the individual's life. Therefore, in this work, a study was carried out that aimed to assess the influence that hyperactivity has on students' self-esteem.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, self-esteem.



Índice

Agradecimentos	2
Resumo	3
Abstract	4
Índice	5
Lista de Acrónimos	7
Lista de Figuras	8
Lista de Tabelas	8
Três Coisas	9
Capítulo 1 - Introdução	10
Capítulo 2 – Revisão Literária	19
1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	20
1.1. Evolução do conceito	20
1.2. Definição de PHDA	23
1.3. Etiologia e sintomatologia	24
1.4. Prevalência	33
1.5. Diagnóstico	33
1.6. Avaliação	35
2. Impacto da PHDA	37
2.1. Na escola	37
2.1.1. Intervenção ao nível escolar	37
2.2. Na família	41
2.2.1. Intervenção a nível familiar	42
3. Auto-estima	45
3.1. Definição do conceito	45
3.2. Auto-estima e auto-conceito	47
3.3. Impacto da auto-estima	48
Capítulo 3 – Metodologia de Investigação	53
1. Método	54
1.1. Problemática	55
1.2. Objetivo e questões	56
1.3. Hipóteses e variáveis	56



.. 1.4. População e amostra	57
...1.5. Instrumento	58
...1.6. Procedimento	59
Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados	61
Capítulo 5 – Discussão de Resultados	69
Capítulo 6 – Conclusão	75
- Capítulo 7 – Limitações de Estudo e Linhas Futuras de Investigação	78
- Bibliografia	80
- Anexos	94
Anexo 1	
Anexo 2	



Lista de Acrónimos

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças

QI – Quociente de Inteligência



Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico circular relativo ao género dos inquiridos.

Figura 2 – Gráfico relativo à distribuição da faixa etária.

Figura 3 – Gráfico inerente à interpretação da Escala de Auto-estima de Susan Harter.

Figura 4 – Gráfico relativo aos resultados da Escala de Auto-estima de Susan Harter referente a uma boa auto-estima.

Figura 5 – Gráfico relativo aos resultados da Escala de Auto-estima de Susan Harter referente a uma baixa auto-estima.~

Figura 6 – Gráfico com os valores da auto-estima por idades.

Figura 7 – Gráfico com os valores da auto-estima quanto ao género.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Sub-escalas da Escala de Auto-estima de Susan Harter.

Tabela 2 – Medidas descritivas.

Tabela 3 – Valores mínimos e máximos por idades.

Tabela 4 – Valores obtidos da ANOVA.

Tabela 5 – Valores máximos e mínimos quanto ao género.

Tabela 6 – Resultados do T-test.

Tabela 7 – Média relativa aos sub-temas que compõem a Escala de Auto-estima de Susan Harter.

Três coisas...

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo uma escada...

Do sonho uma ponte...

Da procura um encontro.

Fernando Pessoa

CAPÍTULO 1 - Introdução



Uma escola inclusiva é aquela onde todos os alunos são aceites e educados em salas regulares e recebem oportunidades adequadas às suas habilidades e necessidades.

O princípio orientador da Declaração de Salamanca de 1994 defende que todas as escolas deveriam receber todas as crianças independentemente das suas condições físicas, sociais, emocionais ou intelectuais (Carvalho, 1998).

Cada vez mais a temática sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem motivado o desenvolvimento de estudos científicos e a proliferação de publicações.

Normalmente a infância é um tempo feliz para grande parte das crianças, pois brincam, criam amizades, crescem e aprendem. Durante este processo, a criança vai aprendendo a comunicar e a interagir com o mundo que a rodeia, ajustando o seu comportamento nos diferentes ambientes à sua volta.

Contudo, há crianças que encontram dificuldades nesse ajustamento, são demasiado inquietas, têm dificuldades de concentração, comportam-se de forma desajustada, não obedecem, não completam as tarefas escolares, são impulsivas, estão frequentemente em conflito com os pares, pais e professores, etc.

A muitas destas crianças, é colocado o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. Que quer isso dizer? O que provoca? Qual o tratamento?

Estas são muitas vezes as primeiras questões dos pais. Por outro lado, os professores questionam-se sobre como agir perante estes alunos.

Porque facilmente uma criança com distúrbio hiperativo de défice de atenção é apelidada como mal-educada, rebelde e distraída, provocando-lhe graves problemas a nível de auto-conceito e de auto-estima, este será um dos pontos fulcrais deste projeto. A baixa auto-estima e as perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão) são bastante comuns.

Constantemente verificam-se atitudes de “aponta o dedo”, ou seja, professores que continuam constantemente a apontar todos os comportamentos desadequados a nível de sala de aula e recreio, pensando que só assim o aluno se aperceberá que está errado e tentará mudar, o que em crianças com este tipo de distúrbio só irá agravá-lo.

Para além das manifestações centrais (défice da atenção, impulsividade e hiperatividade), algumas crianças com PHDA apresentam dificuldades ao nível das aquisições académicas, da linguagem e da motricidade. Alguns autores sugerem que os



problemas de comportamento, também podem estar associados à PHDA (Fonseca, Rebelo, Simões & Ferreira, 1995; Farré & Narbona, 2003).

Com o presente trabalho que designámos “Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Auto-estima: Que Relação?”, por um lado, tentamos aprofundar os nossos conhecimentos teóricos de um distúrbio muito frequente na infância e adolescência, a perturbação de hiperatividade e défice da atenção e, por outro, conhecer as suas implicações no desenvolvimento da criança e/ou jovem, conciliando os nossos interesses pessoais, tanto teóricos como práticos, com o desenvolvimento científico acumulado na área de conhecimento em que nos situamos.

Para esse efeito, foi nossa intenção a aplicação da escala de auto-estima de Susan Harter, com vista a aferir os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.



1.1 - Estrutura do Trabalho

No sentido de facilitar a compreensão do tema abordado, este trabalho será organizado em duas partes distintas: a fundamentação teórica e a abordagem prática, resultante da análise da escala aplicada. Estruturalmente, o trabalho irá encontrar-se organizado em sete capítulos distintos, focalizados nos seguintes aspetos:

Capítulo 1 – Introdução

São enunciados o problema e objetivos do estudo, as questões investigativas, o enquadramento e relevância do estudo e a estrutura do trabalho.

Capítulo 2 – Revisão Literária

É apresentada a revisão de literatura pautada de informação acerca da PHDA e da auto-estima. Faz-se referência à evolução do conceito de PHDA, à sua etiologia, prevalência, diagnóstico, impacto na escola e na família. Por fim, apresentam-se ainda algumas reflexões sobre o conceito de auto-estima e o seu impacto na vida do ser humano.

Capítulo 3 – Metodologia de Investigação

Método

A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e hiperatividade (DSM-IV).

Esta realidade afeta a forma como o aluno se avalia, uma vez que está constantemente a ser chamado à atenção, seja no contexto escolar, seja no contexto familiar, confundindo-se muitas vezes estes comportamentos com falta de educação, ausência de regras ou irresponsabilidade.

Neste sentido, segundo Wilkinson e Lagendijk (2007), torna-se fundamental adequar as expectativas de todos quantos rodeiam as crianças com esta perturbação, no sentido de facilitar o sucesso escolar das mesmas, sem comprometimento da sua auto-estima. Só assim será possível ajudá-las a lidar com as suas dificuldades, prevenindo o desenvolvimento de outros problemas a nível comportamental ou emocional.

Assim sendo, surge a seguinte problemática:

Qual a relação entre a PHDA e os níveis de auto-estima?

O principal objetivo deste estudo consiste em aferir os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.

Apesar da escassez de reflexões que relacionam a PHDA com a Auto-estima, é de grande importância perceber até que ponto o aluno com PHDA gosta de si próprio, do modo como corre a sua vida e se sente feliz consigo mesmo.

Com o aumento de casos de crianças/alunos com PHDA nas escolas, a pertinência deste estudo prende-se com o desejo de sensibilizar todos os agentes educativos para a importância da estimulação de uma boa auto-estima em alunos com PHDA, a fim de promover maior qualidade de vida, pessoal, escolar, familiar e social aos mesmos.

Hipóteses e variáveis

- Hipótese 1: O género influencia os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.
Variável Dependente: Níveis de auto-estima;
Variável independente: Género.
- Hipótese 2: A idade influencia os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.
Variável Dependente: Níveis de auto-estima;
Variável independente: Idade.
- Hipótese 3: Os alunos com PHDA manifestam comportamentos referentes a uma baixa auto-estima.
Variável Dependente: Nível de auto-estima;
Variável Independente: PHDA.

- Hipótese 4: Os alunos com PHDA acreditam que têm pouco sucesso escolar.
Variável Dependente: Pouco sucesso escolar;
Variável Independente: PHDA.

População e Amostra

A população é constituída por alunos com PHDA dos Agrupamentos de Escolas de Santa Cruz da Trapa, Mangualde, Moimenta da Beira, bem como da Escola Profissional de Moimenta da Beira.

Para atingir os objetivos a que este estudo se propõe, definiu-se uma amostra não probabilística e intencional, constituída por 41 alunos com PHDA, que foram considerados mais representativos pelas suas características.

Segundo Sosin (2006), estas crianças tem muitos problemas sociais, nomeadamente com os colegas, pois não conseguem controlar os impulsos e reagem mal à frustração. Tal como refere Antunes (2009), a nível social, “as crianças com PHDA têm baixa resistência à frustração, ... zangam-se com facilidade, exageram nas respostas emocionais e afastam quem os poderia ajudar.” (p. 165).

A nível pessoal, de acordo com Vásquez (1997), “a criança apresenta uma deficiente autoestima ...” (p.164).

Assim sendo, é de grande importância sensibilizar toda a comunidade educativa, a fim de promover maior qualidade de vida, pessoal, escolar e social aos alunos/as com esta característica.

Este estudo é importante porque atualmente deparamo-nos com um aumento de casos de crianças portadoras de PHDA nas escolas. Logo, é extremamente relevante que estejamos informados acerca desta problemática para que possamos agir de forma mais consciente e eficaz.

Os docentes e técnicos especializados devem contribuir para o corpo de conhecimento científico sobre a sua prática, com vista ao desenvolvimento de um ambiente educativo favorável à integração e à socialização destes alunos.

Instrumento

O instrumento utilizado foi a Escala de Auto-conceito de Susan Harter (1986), que é constituída por 40 itens distribuídos por 8 sub-escalas referentes a 7 domínios específicos (competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, atração romântica, aspetos comportamentais e amizades íntimas) e à auto-estima, constituindo este último item um julgamento global do seu valor enquanto pessoa e não um domínio específico de competência.

O formato dos itens que compõem a escala permitem uma dupla opção. Assim foi dado a cada item uma estrutura alternativa, onde o sujeito tem de tomar duas decisões. Por um lado terá de escolher entre duas descrições de sujeitos, aquela com que se identifica mais. Por outro lado, o adolescente terá de exprimir o seu grau de identificação (“Exatamente como ele” ou “Mais ou menos como ele”). A construção dos itens pressupõe que existem sujeitos que se vêm de um modo, enquanto que outros se vêm de modo oposto, não envolvendo nenhuma das respostas o termo “Falso”. Com este formato pretende-se minimizar a influência de uma tendência para respostas socialmente desejáveis (Peixoto, 1996).

Os itens são apresentados por escrito, podendo as escalas ser aplicadas individualmente ou colectivamente. Contudo, é essencial tornar bem claro que para cada item só se pode assinalar uma situação e na fase inicial deve-se controlar se todos os sujeitos entenderam o procedimento de resposta.

Cada uma das sub-escalas/domínios, do Perfil de Auto-perceção, é constituída por cinco itens, dispostos alternadamente ao longo da escala, perfazendo um total de 40 itens:

Sub-escalas	Itens
Competência Escolar	1 – 9 – 17 – 25 – 33
Aceitação Social	2 – 10 – 18 – 26 – 34
Competência Atlética	3 – 11 – 19 – 27 – 35
Aparência Física	4 – 12 – 20 – 28 – 36
Atração Romântica	5 – 13 – 21 – 29 – 37
Comportamento	6 – 14 – 22 – 30 – 38
Amizades Íntimas	7 – 15 – 23 – 31 – 39
Auto-Estima Global	8 – 16 – 24 – 32 – 40

Relativamente ao formato dos itens, são compostos por duas estruturas alternativas, cada uma delas com dois níveis, sendo pedido ao adolescente, inicialmente, que escolha aquela com a qual se identifica mais.

Em cada uma das sub-escalas, metade dos itens estão construídos a uma alta competência ou importância e a outra metade corresponde a uma baixa competência ou importância.

Os diferentes itens são cotados de 1 a 4, em que o valor 1 corresponde a uma baixa competência percebida ou a uma baixa importância atribuída e o valor 4 corresponde a uma alta competência preferida ou uma alta importância atribuída.

Procedimento

Em todo o estudo científico e de investigação, a utilização de uma metodologia adequada é fundamental para que se consiga caminhar no sentido de obter resultados credíveis.

A este nível, utilizar uma metodologia quantitativa poderá ser mais benéfico na medida em que se pretende analisar de forma correta e objectiva os dados recolhidos, recorrendo à análise estatística podendo assim obter um maior grau de generalização relativamente às conclusões aperfeiçoadas pela análise. As metodologias qualitativas, para além de terem uma amostra menor, tendem a trabalhar com um número relativamente mais pequeno de casos, sacrificando a massificação destes em detrimento dos seus detalhes.

Através da investigação quantitativa pretendemos recolher os factos, estudar a relação entre eles e realizar medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzam a conclusões quantificadas (Bell, 1993). Em complemento recorrer-se-á ao método qualitativo dado que este se reveste de carácter descritivo e rigoroso, sendo o resultado direto dos dados recolhidos. A escolha da utilização destes dois métodos recai sobre o facto de estes se complementarem e assim enriquecerem a investigação.

Para recolha de informação, utilizou-se a Escala de Auto-conceito de Susan Harter. A análise estatística foi efetuada com recurso a um software para tratamento estatístico dos dados, o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para o Windows (versão 21.0) e Excel.

Primeiramente, realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo através do registo em tabelas de frequência, gráficos, medidas de tendência central e de



medidas de dispersão. Posteriormente efetuou-se teste de hipóteses para verificar as hipóteses enunciadas anteriormente. Foram utilizados testes paramétricos (T-Teste e ANOVA) e não-paramétricos (Qui-quadrado de independência) conforme os pressupostos em cada hipótese de estudo.

Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados e as análises efetuadas, obtidas por via do tratamento de dados, resultante das respostas dadas pelos alunos à escala de auto-estima aplicada.

Capítulo 5 – Discussão dos Resultados

Será apresentada uma discussão / reflexão dos resultados do estudo.

Capítulo 6 – Conclusões

Com este capítulo pretende-se procurar dar resposta ao problema deste estudo, focalizando-se na perceção dos alunos com PHDA sobre a forma como se avaliam, seja no âmbito pessoal, escolar e familiar.

Capítulo 7 – Limitações do Estudo e Linhas Futuras de Investigação

Neste capítulo procura-se dar voz a algumas questões que ficaram por poder ser exploradas durante a realização deste projeto.

CAPÍTULO 2 – Revisão Literária



1. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

1.1. Evolução do conceito

Apesar das elevadas taxas de prevalência, a Perturbação de Hiperatividade 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).

Atualmente, a hiperatividade pode ser encarada como uma doença, que pode e deve ter acompanhamento médico e pedagógico adequado.

Julgamos compreender as dificuldades dos pais, que têm um filho “diferente”!

“Essas crianças chegam à escola aos cinco anos, cheias de talento e de boas intenções, mas não são capazes de vencer sem ajuda. São diferentes E a nossa sociedade não parece disposta a aceitar e assumir essa diferença”. (Falardeau, 1999, p9).

Neste sentido, é essencial, ajudar estas crianças em casa, na escola, bem como na sociedade. É imperioso dar-lhes um tratamento adequado conforme as suas dificuldades e necessidades.

De um modo geral, pode-se dizer que a evolução das concepções, nesta área, obedece, fundamentalmente, aos seguintes períodos:

a) Uma primeira fase, relacionada com a disfunção cerebral mínima, em que esta era entendida como uma percetual - cognitivo inadequado, a partir do qual se inferia, a existência de um sistema nervoso central, de algum modo afetado (Weiner, 1982). Apesar dos danos orgânicos nunca terem sido demonstrados de forma inequívoca, é necessário reconhecer que algumas das crianças diagnosticadas, manifestam comportamentos idênticos aos de sujeitos com lesões cerebrais comprovadas (Weiner, 1982).

b) Posteriormente evolui-se desta postura inferencial, para uma atitude concetual valorizadora, sobretudo, dos aspetos comportamentais do quadro clínico em análise,

nomeadamente, o alto nível de atividade física dos sujeitos que originará a distração dos mesmos perante as tarefas. São estas duas características que, por serem valorizadas neste âmbito, justificam, duas das designações:

- Hiperatividade Chil Syndrome (HACS);
- Attention Déficit Disorder (ADD).

Tanto uma como outra, se referem a padrões comportamentais inadequados, idênticos aos diagnósticos pelos defensores da disfunção cerebral mínima, embora, ao contrário destes, não se identifique nenhuma síndrome subjacente à atividade excessiva e aos outros ciclos de atenção característicos dos hiperativos (Weiner, 1982).

c) Finalmente, neste âmbito, passou-se a valorizar alguns défices de caráter cognitivo, nomeadamente, as deficiências relativas ao autocontrolo, à resolução de problemas e ao respeito pelas regras de conduta designado por gestão do comportamento (Barkley, 2002).

É por volta dos anos sessenta que os estudos começam a ter maior rigor científico passando a ser colocado ênfase, sobretudo, nas manifestações. 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 Hiperkinético, Impulsividade Orgânica, Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite, Criança com Lesão Cerebral, Síndrome Coreiforme, Criança com Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Menor, Síndrome Hiperativo da Criança, Hiperkinésia, Distúrbio Impulsivo do Caráter, Distúrbios de Aprendizagem, entre outros (Rebelo, 1986, pág. 207).

Nos anos setenta, começaram a surgir ínfimos estudos sobre a PHDA e, no final da década, estimavam-se já milhares de artigos, livros e textos científicos publicados (Lopes, 2004). Os níveis exagerados de atividade passam a ser desvalorizados no que concerne ao aspeto fundamental do distúrbio e começa o défice de atenção, a ser considerado como o aspeto que melhor o definiria (Lopes, 2004). No período de 1980/89, o interesse pelo estudo da PHDA não só se intensificou, como podemos comprovar que veio a transformar-se no distúrbio mais estudado da infância (Lopes, 2004).

Nos Estados Unidos, o termo *reação hiperkinética da infância* utilizado no DSMII (1968), é substituído pela designação *perturbação do défice da atenção* com ou sem hiperatividade, no DSM-III em 1980. Mais tarde ainda, passa a ser conhecido como *perturbação de hiperatividade por défice de atenção*, pelo DSM-III-R em 1987.



Segundo Lopes (2004), o período dos anos 80 é essencialmente caracterizado por um esforço no melhoramento dos critérios para a identificação do distúrbio, bem como do estabelecimento de linhas de orientação mais fidedignas para a realização do diagnóstico.

Por último, foi sensivelmente por essa data que se começou a arvorar a hipótese de que, o défice de atenção constituía a vertente essencial do distúrbio.

No período de 1990 a 2000, fortaleceram-se diferentes conceções que sustentaram diversos tipos de intervenção (Martínez-León, 2006). A título de exemplo, a autora refere que se alude ao défice da atenção/hiperatividade com uma componente fortemente motivacional. Esta interpretação traz-nos implicações importantes, tais como, deixar de culpabilizar a criança pela sua conduta e permitir especificar o ambiente e as tarefas, de forma a otimizar a melhoria do comportamento e motivação da criança.

Atualmente com o DSM-IV-TR (APA, 2000), e após um período de primazia dos défices de atenção (DSM-III), a atividade 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 Hiperatividade e Défice de Atenção, respetivamente), 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 hyper kinetic disorder*), referem que estas duas designações, Distúrbio Hipercinético e PHDA, têm vantagens e desvantagens pelo que podem e devem coexistir, uma vez que retratam esquemas diagnósticos diferentes.

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.

Assim, quando falamos de Distúrbio Hipercinético deverão estar presentes problemas nas três áreas, ao nível da Atenção, Hiperatividade e Impulsividade, enquanto que na PHDA (DSM-IV-TR) (APA, 2000), poderiam existir problemas apenas numa área (op.cit.). Segundo os mesmos autores, 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 Hiperkinético, e no caso de tal não se verificar, ter uma preocupação acrescida em analisar se estará presente outro tipo de psicopatologia.

Em síntese e considerando uma perspetiva atual, a PHDA é denominada por Perturbação de Hiperatividade e Défice da Atenção, conceito aceite pela comunidade científica e que é referido no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição (DSM-IV-TR), da Academia Americana de Psiquiatria (APA).

1.2. Definição da PHDA

Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade (DDAH) por tradução direta da expressão da Associação Americana de Psiquiatria (APA) corresponde a *Deficit Attention a Disorder with Hyperactivity* e é referida no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, publicado em 1994 (DSM-IV).

A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e hiperatividade.

Durante bastante tempo, a hiperatividade foi considerada por muitos como sendo a característica mais marcante da PHDA. No entanto, compreendeu-se que existem diferentes tipos de PHDA. Algumas pessoas com PHDA são excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras são mais notoriamente afetadas por estados de desatenção e outras ainda apresentam uma combinação dos três traços.

Estes diferentes tipos de PHDA são descritos na Fourth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV TR) de 2002:

1. Desordem por Défice de Atenção / Hiperatividade, tipo predominantemente caracterizado pela desatenção;
2. Desordem por Défice de Atenção / Hiperatividade, tipo predominantemente caracterizado pela hiperatividade – impulsividade;
3. Desordem por Défice de Atenção / Hiperatividade, tipo misto.

Podemos então dizer que a PHDA corresponde a uma expressão que se está a generalizar também na nossa sociedade e é usada para referir indivíduos que têm comportamentos hiperativos, dificuldades em se concentrar e prestar atenção às tarefas e ainda que apresentam tendência para ser impulsivos (Gonçalves, 2004).

É ainda de salientar que na atual versão do DSM, O DSM5, a ideia dos subtipos foi eliminada e substituída por formas de apresentação (Rodrigues e Antunes, 2014). Atribui diferentes designações para diferentes expressões do problema, mas assumindo que estas formas de expressão são variáveis, normalmente em função do sexo e da idade de desenvolvimento. Tal como defendem os autores, esta perturbação afeta o seu desempenho quer seja na escola, no local de trabalho ou na vida social. Contudo, em alguns casos, esta perturbação pode manifestar-se apenas num local, por exemplo, um aluno que só apresenta os sintomas na escola ou um adulto que não se consegue concentrar durante uma reunião ou num encontro com amigos.

De facto, os indivíduos a quem é diagnosticada a PHDA apresentam sinais de um desenvolvimento inadequado nos campos da atenção, da impulsividade e da atividade motora. Esse desenvolvimento inadequado manifesta-se em relação à idade mental e cronológica.

Assim, esses indivíduos apresentam uma atividade motora muito acentuada, pouco adequada e mesmo excessiva. As crianças e adolescentes que possuem PHDA têm dificuldade em prestar atenção e precipitam as suas respostas, é-lhes difícil manterem-se quietas e atentas no seu lugar, baloiçam e mexem-se continuamente e, não raramente, criam conflitos com os colegas porque interferem nas suas brincadeiras e assuntos. *“Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc., são apenas algumas características com frequência atribuídas a estas crianças.”* (Lopes, 1998).

3. Etiologia e sintomatologia

Relativamente às causas que conduzem à PHDA, existem vários autores que defendem a influência dos fatores orgânicos – áreas cerebrais.

Estudos realizados recorrendo a técnicas de imagiologia funcional, têm evidenciado consistentemente diferenças subtis na estrutura cerebral de situações identificadas com PHDA. As diferenças envolvem geralmente o lobo frontal (Fernandes, 2001; Bará-Jiménez, Vicuña & Pineda, 2003), os gânglios basais e o corpo caloso (Boavida, 2006; Boavida, Porfírio, Nogueira & Borges, 1998; Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos & Acosta, 2004; Pinho, Mendes & Pereira, 2007) e ainda a diminuição do volume cerebral global (Barkley, 2002; Bugalho, Correa e Viana-



Baptista, 2006; Castellanos e Acosta, 2004). Também são referidas alterações nas regiões pré-frontais, *nocingulum* (Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006) e no cerebelo (e.g., Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos e Acosta, 2004; Mulas, 2004). Alguns estudos encontram ausência de assimetria dos núcleos caudados em rapazes com PHDA, em contraste com a assimetria encontrada nos meninos sem a perturbação (Branco & Fernandes, 2004). De entre as estruturas e regiões cerebrais mencionadas, parece que os lobos frontais cerebrais terão um papel especialmente importante na perturbação, uma vez que se sabe desempenharem um papel influente na regulação da atenção, na atividade e nas reações emocionais (e.g., Fernandes, 2001; Bará-Jiménez, Vicuña & Pineda, 2003).

Por sua vez, alguns autores (Vasquez, 1997; Villar, 1998, referidos por Gonçalves (2004) apontam a responsabilidade da PHDA a fatores genéticos. *“Os estudos estabeleceram, sem margem para dúvidas, que em mais de 95 por cento dos casos a hiperatividade é hereditária (...) Os estudos estatísticos mostraram que 35 por cento dos pais e 17 por cento das mães de crianças hiperativas também são hiperativos”* (Fallardeau, 1999). Cada vez mais se suspeita de possíveis causas genéticas (e.g., *National Institute of Mental Health [NIMH]*, 2004; Boavida, Porfírio, Nogueira & Borges, 1998; Castellanos, 2008; Dugas, 1987; Fernandes, 2001; Hebebrandetal, 2007; Lopes, 2004; Rief, 1993; Szerman, 2008). Segundo indica o DSM-IV-TR (2002) a PHDA tem surgido com mais frequência em familiares próximos (em primeiro grau), parecendo existir fatores que levam a considerar uma grande influência de fatores genéticos ao nível da Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção.

Embora as causas da PHDA não sejam conhecidas, parece haver uma forte relação hereditária, uma vez que quando um dos progenitores ou um dos irmãos sofre de PHDA, a criança tem também mais probabilidades de sofrer da perturbação. Segundo este autor, o estudo com gémeos tem também contribuído para estabelecer a influência dos fatores genéticos na hiperatividade. Obviamente, a transmissão é feita através dos genes e os pais não têm qualquer responsabilidade nessa transmissão.

Fernandes (2001), Fowler (2000) e Narbona (1999) evidenciam a importância dos fatores ambientais ou sociais, as toxinas, como o chumbo, o álcool e o fumo do tabaco. Os autores fazem também referência às crianças e jovens provenientes de famílias de baixos estratos socioeconómicos. Por outro lado, Parker (2006) considera que as práticas incorretas utilizadas pelos pais na educação dos filhos podem, em certa medida, afetar o comportamento e desenvolvimento da criança. O uso de drogas e bebidas



alcoólicas durante a gravidez, bem como complicações pré e pós-parto podem causar mudanças na estrutura e funcionamento do cérebro que, posteriormente, vão condicionar o completo e correto desenvolvimento da criança. Antes do nascimento, as crianças podem ter estado expostas a uma má nutrição por parte da mãe, infecções virais, ou abuso de substâncias por parte da progenitora. Durante a infância a criança pode estar exposta ao chumbo ou outras toxinas o que pode despoletar o aparecimento dos sintomas de hiperatividade. Uma lesão traumática do cérebro ou uma disfunção neurológica podem também ser responsáveis pelo seu aparecimento. Parece ainda existir uma relação entre o consumo de alguns açúcares, corantes e conservantes e o nível de agitação das crianças (Lopes, 1998).

Especificamente em relação à televisão, um estudo realizado em 2004 por Christakis e colaboradores, avaliando 1278 crianças com um ano e 1345 crianças com três 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 sete anos. Para além disso, verificou-se que quanto maior o período de 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.

Quanto aos fatores familiares, mais do que serem responsáveis pela etiologia da PHDA, as variáveis associadas ao contexto familiar parecem ser uma variável preditiva. No entanto, continua a ser comum referir o estilo educativo e aspetos relacionados com a interação 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 ativos 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 existentes em toda a família, a direção 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 reação às dificuldades e não uma causa das mesmas (op. cit.).

Para muitos autores, a etiologia da perturbação é multifatorial (Fernandes, 2001; Fowler, 2000; García, 2001; Kennedy, Terdal & Fusett, 1994; Martínez-León, 2006; Narbona, 1999; Osman, 1997). Assim, são referidas uma variedade de possíveis causas, tais como, de ordem cerebral, genética, biológica e psicossocial. Apesar de nos últimos anos se terem vindo a verificar evoluções significativas ao nível da identificação das causas da PHDA, continua a ser difícil definir um fator responsável pela existência desta perturbação.

Estudos estabeleceram uma relação entre a capacidade de um indivíduo prestar atenção às coisas e o seu nível de atividade cerebral (Villar, 1998, citado por Gonçalves, 2004) que pode ser minimizada com a administração de psicofármacos.

Apesar de nos últimos anos se terem vindo a verificar evoluções significativas ao nível da identificação das causas da PHDA, continua a ser difícil definir um fator responsável pela existência desta perturbação.

A Associação Portuguesa de Investigação Educacional (2007) salienta que os estudos realizados ao nível das causas da PHDA são ainda considerados inconclusivos. Considera que, em vez de falarmos de causas, devemos falar principalmente em fatores de risco ambientais ou ao nível do desenvolvimento cerebral (alterações no ciclo de desenvolvimento do cérebro da criança).

De forma a compreender melhor esta temática, atualmente, as investigações parecem evidenciar o contributo de explicações biológicas, evidenciando-se uma forte componente genética e hereditária, sobretudo em formas de hiperatividade mais graves (Barkley 2006; Willcuttetal, 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 - Vernoneta., 1993, cit. por Fonseca, 1998). Nesse sentido, e para facilitar a compreensão da origem da PHDA, optámos por apresentar os diferentes fatores que contribuem para o desenvolvimento desta perturbação através da divisão proposta por Melo (2003). Sendo assim, dividimos os diferentes estudos em três áreas: fatores 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; fatores de prognóstico em que englobamos as diferentes variáveis analisadas no decorrer do desenvolvimento da própria perturbação; fatores de risco e de proteção em que englobamos as diferentes variáveis referidas de forma tradicional como estando na origem ou etiologia desta perturbação.

Relativamente às variáveis preditivas destaca-se o 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 reação 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 atividade;
- 2) Ritmo;
- 3) Aproximação e afastamento;
- 4) Adaptabilidade;
- 5) Intensidade;
- 6) Limiar de estimulação;
- 7) Humor;
- 8) Distratibilidade;
- 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.



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

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

Quanto às variáveis de prognóstico, os fatores de prognóstico podem ser agrupados segundo três categorias: fatores de natureza individual; fatores associados à situação familiar e fatores associados ao tratamento (Melo, 2003).

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

A presença de uma perturbação constitui um fator 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 fator de prognóstico de natureza individual diz respeito ao Q.I (Melo, 2003). De facto, diferentes estudos evidenciam que este fator 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 ansiógeneas e pior utilização de psicotrópicos e psicoestimulantes (Goldstein e Goldstein, 1998; Pearsonetal, 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 fator 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 interação entre pais-filhos de três 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 interação 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 perceções (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 perceção 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 perceções do grupo de rapazes com PHDA diretamente 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 fatores 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.).

É de salientar que o diagnóstico rigoroso é fundamental e o conhecimento das causas facilitam muito esse diagnóstico. A família e a comunidade escolar devem empenhar-se em aplicar medidas que diminuam o impacto da PHDA no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes. As condutas hiperativas têm um carácter marcadamente situacional, não são um traço da personalidade, são antes comportamentos que as crianças mobilizam em determinadas circunstâncias (Garcia, 2001). Situações particularmente stressantes ou que requerem concentração por longos períodos de tempo são, muitas vezes, passíveis de exacerbar um sintoma ou uma série de sintomas (Arcus, 2001).

Os sintomas de Hiperatividade, Défice de Atenção e Impulsividade são indiscutivelmente centrais na descrição da Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção (Farré & Narbona, 2003; Polaino-Lorente, 2004). Do ponto de vista clínico, a perturbação manifesta-se fundamentalmente por sintomas comportamentais nucleares, o que conduz à distração fácil, dificuldades em apreender detalhes (caraterísticos do défice de atenção), impaciência, desleixo, impetuosidade (inerentes à impulsividade), excesso de locomoção, agitação motora inadequada e irrequietação (próprios da hiperatividade). Podem estar presentes na sua totalidade ou com predomínio de um ou



de outro, conduzindo-nos a três subtipos: défice da atenção, hiperativo/impulsivo e misto (Bugalho, Correa & Viana-Baptista, 2006).

A descrição clínica da PHDA aborda-se de maneira distinta de acordo com os autores e as tendências. Em geral, confirma-se a descrição de um conjunto de sintomas que se consideram predominantes e distintivos da perturbação (Farré & Narbona, 2003). Os autores referem ainda que, outro grupo de características consideradas secundárias, costumam acompanhar os sintomas principais.

Vários autores têm feito uma distinção entre características primárias e secundárias. Como características primárias, e consideradas necessárias para a elaboração do diagnóstico, apresentam-se o défice de atenção, a impulsividade e a hiperatividade (Barkley, 1998a; 2007). Em relação às características secundárias, estas são vistas como consequência das características primárias. Neste ponto Barkley (1998a), fala-nos destas características englobando-as da seguinte forma: problemas cognitivos, atraso da linguagem, menor capacidade de adaptação, problemas ao nível do desenvolvimento motor, défice de auto-regulação das emoções, dificuldades na realização académica e realização de tarefas e ocorrência de alguns riscos de saúde (maior probabilidade de terem acidentes, dificuldades em adormecer e agitação durante o sono).

Segundo refere o DSM-IV-TR (2002), a característica essencial da PHDA é uma persistência de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, mais frequente e grave que a observada em sujeitos com um idêntico desenvolvimento, encontrando-se num grupo de crianças muito heterogéneo.

O DSM-IV-TR (2002) distingue três subtipos distintos: Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (Tipo Misto); Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (Tipo Predominantemente Desatento); Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo).

A PHDA na sua forma grave, revela-se muito incapacitante e afeta a adaptação social, familiar e académica.

Ainda de acordo com o DSM-IV-TR (2002), alguns dos sintomas de falta de atenção e de hiperatividade-impulsividade encontram-se presentes antes dos 7 anos, sendo que alguns défices provocados pelos sintomas manifestam-se em dois ou mais contextos (tais como, escola e casa). Como critérios de exclusão, o DSM-IV-TR considera que os sintomas não ocorrem de forma exclusiva durante uma perturbação

global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental.

1.4. Prevalência

A PHDA é um distúrbio neurocomportamental que é mais comum na infância. Calcula-se que cerca de 3 até 5 % das crianças em idade escolar tenham sintomas da PHDA. Estes sintomas estão geralmente presentes antes dos 7 anos de vida e podem persistir até à adolescência ou mesmo até à idade adulta. Existem também dados que referem que em cada cem crianças, dezassete são hiperativas, (Van-Vielink, 2005, cit.in, Ramalho, 2009).

A prevalência desta perturbação depende da idade, do sexo e do meio sociocultural dos indivíduos ou dos subtipos, apresentando assim maior prevalência nos indivíduos do sexo masculino do que nos do sexo feminino. Esta situação pode ser explicada através das condições educativas, culturais, mas também pelas diferenças ao nível das características físicas. No entanto, é de salientar que esta perturbação tem incidência em todos os estratos económicos e em todo o tipo de áreas geográficas, (Garcia & Brown, 2003, cit.in, Ramalho, 2009).

No que diz respeito à prevalência que está associada aos subtipos da PHDA, verifica-se que a mais frequente é a PHDA-HIM com cerca de 24% dos casos, em seguida o subtipo que é mais prevalente é o PHDA-D, com 16% dos casos, por fim o subtipo com menor número de casos detetados é o de PHDA-M, com cerca de 11% dos casos, (Cardo & Barceló, 2005, cit.in, Ramalho, 2009). Em relação à idade que está mais associada ao aparecimento desta perturbação, esta geralmente refere-se a idades inferiores, ou seja, dizem respeito à infância, estimando-se assim que 75% dos casos se revelem aos cinco anos de idade, (Vaquerizo-Madrid, 2004, cit.in, Ramalho, 2009).

1.5 Diagnóstico

No que diz respeito ao diagnóstico desta perturbação, é de salientar o diagnóstico segundo o DSM-IV, uma vez que estão referidos cinco critérios. O primeiro critério (critério A) refere que a principal característica de diagnóstico é a falta de atenção/impulsividade e/ou hipertividade, como uma intensidade que é mais grave do que nos restantes sujeitos, com o mesmo nível de desenvolvimento. Em relação ao



segundo critério (critério B), este refere que alguns dos principais sintomas da hiperatividade, impulsividade e falta de atenção, poderão causar problemas antes dos 7 anos de idade, mas dificilmente aparecem antes dos 6 anos de idade. O terceiro critério (critério C) refere que estes desajustes ao nível do comportamento devem ocorrer em pelo menos dois contextos (escola, família). O quarto critério (critério D) refere que deverão existir provas objetivamente clarificadoras, de que existe um défice clinicamente significativo em termos sociais, laborais e relacionais. Por último, no que se refere ao quinto critério (critério E), esta perturbação não pode decorrer de perturbações de carácter psicótico e emocional, nem de perturbações da personalidade, (Fernandes, *et al*, 2006).

Os critérios de diagnóstico de PHDA, tal como constam no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, citado por Lee Brantland Nielsen (1999), são os seguintes: mexe as mãos ou os pés com frequência ou contorce-se na cadeira (nos adolescentes, pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência); tem dificuldade em permanecer sentado, quando tal é necessário; distrai-se facilmente por ação de estímulos exteriores; tem dificuldade em esperar pela sua vez em jogos ou situações de grupo; é frequente dar respostas irrefletidas a perguntas incompletas; tem dificuldade em seguir instruções dadas por outrem (sem que tal facto se fique, porém, a dever à manifesta oposição ou à incapacidade de compreender as instruções); não completa as tarefas que lhe são solicitadas; tem dificuldades em fixar a atenção nas tarefas ou nas atividades de jogo; muda frequentemente de uma atividade incompleta para outra; tem dificuldade em brincar em silêncio; é frequente falar excessivamente; interrompe frequentemente os outros ou intromete-se (nos jogos de outras crianças, por exemplo); muito frequentemente não parece ouvir o que lhe está a ser dito; perde com frequência material necessário à realização de tarefas ou atividades na escola ou em casa (brinquedos, lápis, livros, trabalhos...); envolve-se frequentemente em atividades físicas potencialmente perigosas, sem considerar as possíveis consequências (por exemplo, atravessa a rua sem olhar). O seu objetivo, porém, não é a procura de situações excitantes; os comportamentos indicados têm lugar antes da idade dos 7 anos (pp. 83-85).

Assim sendo, o primeiro passo para determinar se uma criança sofre de PHDA é consultar um pediatra que estará habilitado a realizar um teste inicial da maturidade desenvolvimental da criança comparada com outras crianças da mesma faixa etária. Deverá ainda ser feito o historial médico, familiar, social, psiquiátrico e educacional da



criança ou jovem, podendo ser também realizadas entrevistas com os pais, professores e com o próprio.

É ainda fundamental ter presente que a depressão e a ansiedade podem causar sintomas semelhantes aos da hiperatividade, facto que vem realçar ainda mais a importância de um correto diagnóstico (Ford-Martin, 1999).

1.6 Avaliação

As crianças hiperativas constituem um grupo muito heterogéneo, uma vez que nem todas manifestam os mesmos sintomas, nem a mesma frequência e intensidade dos mesmos. Uma correta avaliação da perturbação tem de ter isto em conta, daí a importância em adotar uma perspectiva multidisciplinar com especialistas de diferentes áreas, analisando também o comportamento da criança em variados contextos (Garcia, 2001; Lopes, 2004; Ramalho, 2009).

A avaliação cuidadosa de uma criança com suspeita de PHDA é necessária frente à popularização das informações, nem sempre claras para a população em geral, e, principalmente, no meio pedagógico. O desconhecimento ou pouco conhecimento sobre a patologia gera dificuldades, uma vez que crianças, adolescentes e pessoas adultas podem receber, equivocadamente, o rótulo de PHDA, assim como muitos indivíduos com esta patologia podem passar despercebidos e ficar sem tratamento (Graeff & Vaz, 2008).

Ainda que o profissional tenha competências (experiência clínica, conhecimentos teóricos), o processo de diagnóstico da patologia é cheio de armadilhas, pois distingue-se de diagnósticos mais precisos, como aqueles que envolvem problemas físicos ou até mesmo outros problemas psicológicos. A primeira dificuldade é a inexistência de testes físicos, neurológicos ou psicológicos que possam provar a presença do PHDA numa criança ou num adolescente. Uma segunda dificuldade que ocorre na avaliação clínica é que 80% das crianças permanecem quietas durante a consulta, não permitindo ao profissional condições para a identificação dos sintomas da perturbação (Phelan, 2005).

De acordo com Garcia (2001), existe um conjunto de aspetos que estão intrinsecamente implicados na avaliação da hiperatividade infantil: enfoque multidisciplinar e integrador; atenção ao nível do desenvolvimento evolutivo; consideração dos modelos educativos e das normas de conduta próprios do ambiente familiar e escolar; comparação do comportamento infantil com o do grupo social de

referência; e informações de observadores independentes sobre os comportamentos infantis anómalos.

Idealmente, a avaliação do PHDA, segundo Lopes (2004), compreenderia as seguintes etapas: entrevista com a criança/adolescente e os pais; exame médico (se necessário); preenchimento de questionários pelos pais; entrevista com o(s) professor(es); preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); observação direta do comportamento nos contextos de vida do sujeito.

Na prática, é de momento impossível preencher todos estes requisitos. Em primeiro lugar, este tipo de perturbação de desenvolvimento é muito pouco reconhecido, pelo que são poucos os profissionais que estão à vontade para realizar o diagnóstico. Por outro lado, seria necessário um trabalho de equipa que, no mínimo, integrasse um psicólogo e um médico, o que é pouco frequente. E, finalmente, o profissional que avalia raramente tem possibilidades de fazer observação direta, pelo que a entrevista com os pais e/ou com os professores ganha uma extraordinária relevância (Lopes, 2004).



2. Impacto da PHDA

2.1 Na escola

Todavia este conjunto de problemas, não pode ser visto de um modo desinserido da experiência de vida dos sujeitos. Por exemplo, a rejeição a que muitas vezes, estas crianças são votadas pelos companheiros, relaciona-se com o seu índice de aproveitamento escolar, o qual pode dar origem a várias situações: a eventual marginalização destas crianças por parte dos professores; a sua colocação em salas de apoio (Vicent e VanHasselt, 1987) que ao retirar-la do seio do grupo, contribui para a sua desinserção; à elevada rotação de turmas a que estão sujeitos, acabando deste modo, também, por se reforçar a marginalização referida.

Por outro lado, quem vive uma situação de insucesso tão evidente, não pode desenvolver a iniciativa e auto-confiança pessoais. Algumas destas crianças, começam logo a desenvolver problemas emocionais à entrada na escola, quer devido ao facto das experiências anteriores de aprendizagem serem negativas, quer devido às reações menos adequadas dos pais e outros adultos, relativamente ao seu lento desenvolvimento psicomotor e autocontrolo limitados (Weiner, 1982). Depois, são os próprios colegas a arrelia-los devido aos erros que cometem e ao seu comportamento singular. Num esforço de resolver este tipo de relacionamento tão marcadamente negativo, essas crianças optam, eventualmente, por via das atitudes tolas, das palhaçadas, no intuito de chamar a atenção, tentando provocar a admiração dos outros, o que normalmente, produz resultados contrários aos esperados, tornando-os menos populares ainda.

2.1.1. 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; e intervenção ao nível cognitivo-comportamental.

Relativamente à 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: a psicoeducação que consiste em aumentar o nível de conhecimento dos professores acerca da perturbação em causa, neste caso, acerca da PHDA, de forma a que possam responder adequadamente às diferentes necessidades que os alunos com esta perturbação apresentem (Wilkinson & Lagendijk, 2007); a colaboração entre casa e escola, pois de forma a efetivar qualquer estratégia de intervenção ao nível académico, torna-se fundamental estreitar as relações entre o contexto familiar e o contexto escolar, e nesse sentido, pais e professores devem comunicar de forma a definir objetivos realistas, dissipando culpas e trabalhando em conjunto para o bem-estar e sucesso destes alunos (op. cit.); a estrutura da sala de aula é um outro aspeto fundamental e diz respeito à organização do ambiente vivido na sala de aula. Assim sendo, 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.); a exigência das tarefas, pois 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 aspeto 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); as técnicas de ensino, e a este nível 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 ativas 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.); os recursos tecnológicos são muito importantes, já que uma outra estratégia potencialmente



eficaz para trabalhar com crianças com PHDA é o recurso ao computador (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Neste 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 objetivo de as envolver nas atividades 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 reativo, o professor deverá ser proativo, sendo que num primeiro momento, deve ser feito 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 projetos a longo prazo começam a ser mais exigentes.

Outro aspeto 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 a nível comportamental ou emocional (op. cit.).

Quanto à intervenção ao nível comportamental, estas estratégias dizem respeito ao comportamento do professor em resposta a situações de PHDA. Neste sentido, trata-se de uma gestão efetiva 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).

A este nível são utilizados 3 tipos de consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007): o reforço positivo que é 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 atividades 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 respetivo direcionar do comportamento, sendo que estas repreensões devem sempre ser feitas de uma forma breve, calma e, de preferência, em privado (op. cit.).

Um outro tipo de consequência é a extinção que consiste em ignorar determinado comportamento de forma planeada e de maneira a que este reduza a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Por último, a punição que não é mais do que 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.). Torna-se, então, 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 (op. cit.).

Segundo a intervenção ao nível cognitivo-comportamental, 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 hiperatividade, 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 hiperativa. São elas: a automonitorização e 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); o auto-reforço que 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 aspeto 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); e a auto-instrução e



também esta estratégia se destina ao desenvolvimento de uma autonomização do próprio indivíduo, com o objetivo 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, Wheeler & Cronis, 1998; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

2.2. Na família

Uma das vertentes fundamentais nas dificuldades de relacionamento com os outros diz respeito às relações que estas crianças estabelecem com os outros pais. As atitudes destes podem ser múltiplas e por vezes, contribuem para agravar o problema. Alguns zangam-se e rejeitam explicitamente os filhos agravando ainda mais o comportamento hiperativo das crianças. Outros são super-protetores e super indulgentes, convencendo-se que os filhos não têm capacidade de assumir responsabilidades pessoais. Outros, assumem a criança de preguiça e desleixo, ou então, responsabilizam o professor por não ser capaz de promover um ensino eficaz e adequado.

A frequente reação negativa, dos pais, relativamente às dificuldades de aprendizagem, pode ser atribuída ao que McCarthy (1968) citado por Weiner (1982) aplica de “tasteofhoney”. Ao contrário das crianças severamente atingidas intelectualmente, estas crianças manifestam uma inteligência normal e muitas competências, o que torna os pais menos capazes de compreender as suas dificuldades. Assim, permitem-se ter expectativas elevadas relativamente aos filhos que depois, são frustradas, sendo então estes pais, mais atingidos pelo desapontamento, do que os pais das primeiras crianças citadas.

Geram-se assim, atitudes negativas que desencorajam as crianças a tentar superar essas dificuldades, fazendo-os sentir-se desadequados e incapazes.

Em jeito de síntese, podemos afirmar que os vetores fundamentais da discussão, relativa aos problemas de aprendizagem, mantêm a sua atualidade, também no âmbito das relações interpessoais.

Creio mesmo que a abordagem realizada, fundamentalmente derivada de Weiner (1982), peca por ser demasiado lata e principalmente por assumir uma abrangência que coloca problemas de operacionalização, ao nível do diagnóstico e da intervenção junto dessas crianças. De facto, as dificuldades descritas, não podem ser explicadas apenas e exclusivamente, pela disfunção cerebral mínima ou pela hiperactividade. Novamente, voltamos a confrontar-nos com uma tentativa excessivamente reducionista de abordar os problemas em questão.

A importância desta questão acaba por ser decisiva na implementação de programas de intervenção psicopedagógica.

2.2.1. Intervenção ao nível Familiar

Tratando-se do contexto de atuação 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 direção esperada (Swanson, 1995, cit. por Pelhametal, 1998).

Por outro lado, enquanto fator 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 interações 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 (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 perspetiva 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, a capacidade de criar um senso do passado e do futuro; capacidade de comunicar consigo próprio, utilizando este discurso interno para controlar o seu comportamento; capacidade de separar factos de sentimentos; capacidade de internalizar a motivação; capacidade de destringir as informações ou mensagens em partes e recombina-las em novas mensagens, 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 redirecionarem os seus comportamentos para objetivos futuros, promovendo a realização completa de tarefas e o cumprimento de regras (op. cit.).

3. Auto-estima

3.1. Definição do conceito

A procura de uma definição de auto-estima levou-nos a encontrar um grande leque de autores, principalmente devido ao facto desta ser um dos construtos psicológicos que captou mais atenção ao longo do tempo, isto a nível de investigação (Fox, 2000a; Harter, 1999).

Segundo Romero *et al* (2002), a auto-estima surge nos primeiros anos de vida, e desenvolve-se através de experiências de interação com o mundo que nos rodeia. A auto-estima necessita de ser fortalecida desde esta altura, através de processos, pois é uma grande necessidade humana, indispensável para um desenvolvimento normal e saudável (Branden, 1995).

Durante algum tempo, a auto-estima foi reconhecida como um importante contributo para o bem-estar mental (Sonstroem, 1984) e integral (Letícia Casique, 2004), e é associada a qualidades positivas como a estabilidade emocional, forma de lidar com o stress, felicidade e satisfação de vida (Diener & Diener, 1995).

Segundo Fox (2000), a investigação da auto-estima tem sido restritamente descritiva, e pode-se dividir em várias fases. Na fase considerada inicial, foi adoptada a ideia simplista do *self* enquanto um construto unidimensional (Wylie, 1979). Na segunda fase, verificaram-se mais desenvolvimentos na pesquisa da auto-estima, e foi nesta fase que surgiu o *self*-físico. Esta fase permaneceu descritiva, “Para os investigadores descreverem apenas a teoria *self* ou o auto-conceito, como uma função da idade, etnia, grupo social, etc. é perder os muitos processos através dos quais ele se constrói” (Harter, 1996). A terceira fase por si é considerada a mais crítica.

A auto-estima pode ser definida, de uma forma vulgar, como o valor que um indivíduo dá a si próprio, quantidade de amor-próprio, julgamento sumário de como está o *self*, entre muitos outros.

Segundo Blascovich e Tomaka (1991), a auto-estima é uma “avaliação sumária dos diferentes atributos do *self*”. A verdadeira auto-estima baseia-se no encontro de padrões definidos pessoalmente e o comportamento é internamente regulado. É

influenciada por características demográficas, pelo corpo físico, pela dinâmica psicossocial, pelo ambiente social e cultural.

Para uma melhor compreensão da auto-estima, é necessário ter em conta a cultura predominante e o nível de interiorização dos valores e ideais desta pelo indivíduo. Pois segundo Cooley (1902) existe uma tendência em adotar um Eu que reflete a forma como os outros nos vêem. Dado que a cultura dominante influencia o indivíduo, este pode estar liberto de constrangimentos culturais e expressar “individualismo” ou mostrar-se mais submisso e ser uma “vítima da moda” ou resignar-se a pressões dos seus pares.

De acordo com Burns (1979), a auto-estima é um processo no qual cada indivíduo contempla a sua performance, tal como capacidades e qualidades com base nos seus padrões pessoais e valores, que foram influenciados pela sociedade a que este pertence e outras experiências.

A auto-estima é um processo avaliativo estabelecido por um indivíduo acerca das suas qualidades e performances, representa a parte afetiva do auto-conceito, sendo por isso considerada a mais importante (Vaz Serra, 1986).

A componente avaliativa é sempre mencionada em todas as definições, os seus resultados ou conclusões influenciam os indivíduos, indicando se possuem alta auto-estima ou baixa.

A alta auto-estima é relacionada com um grupo de qualidades positivas como:

- a) A estabilidade emocional e ajuste às exigências da vida (Sonstroem, 1997);
- b) Bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação de vida, ajuste/adaptação social, independência, adaptabilidade, liderança e um nível elevado de objetivos alcançados na educação, no trabalho como no desporto (Diener & Diener, 1995; Wylie, 1989);
- c) Comportamentos saudáveis (Torres & Fernandez, 1995).

Os indivíduos com baixa auto-estima, ao serem comparados com os indivíduos com alta auto-estima, podem ser descritos como:

- a) Neutros em vez de positivos em termos de auto-estima., i.e., destes indivíduos, é menos provável que confirmem aspetos positivos e neguem aspetos negativos seus (Baumeister, 1993);
- b) Possuem uma perspetiva menos clara do seu auto-conceito e um autoconhecimento menos bem definido (Campbell, 1990; Campbell & Lavalley, 1993; Campbell e outros., 1996; Fox, 1997);

c) Os elementos que estão ligados ao seu auto-conceito são mais simples e em menor número, resultando assim num menor número de oportunidades para a auto-afirmação quando estão sob ameaça (Spencer, Josephs & Steele, 1993);

d) Possuem grandes discrepâncias entre a competência percebida e a importância agregada aos domínios em causa (Harter, 1990);

e) A sustentação social é condicional sob as suas realizações (Harter, 1993,1996, 1999);

f) São altamente protetoras em relação aos poucos atributos positivos, que pensam ter (Fox, 1997).

A baixa auto-estima pode ser muitas vezes acompanhada de desordens mentais como a depressão clínica, ansiedade (Baumeister, 1993; Watson, Suls, & Haig, 2002), neuroses, noção de “não ter poder”, distúrbios alimentares (Polivy & Herman, 2002) e também tendências suicidas (Brow, 1993).

Hoje em dia, as pessoas investem grande parte da sua energia mental e física para legitimar quem são ou então quem sentem que devem ser, é a chamada procura pela auto-estima (Campbell, 1984). “Quem os indivíduos pensam que são, afeta a sua auto-estima e guia o seu comportamento” (Fox 1997).

3.2. Auto-estima e auto-conceito

Segundo Harter (1996) existe uma forte ligação entre a auto-estima, auto-perceções mais específicas, e a forma como nós optamos por investir o nosso tempo. Incluindo assim, a escolha de desportos, o nível de perseverança e performance nos mesmos, as nossas escolhas de comportamentos de saúde (fumar, consumir álcool e drogas) e hábitos alimentares.

Podemos verificar que o auto-conceito e a auto-estima estão intimamente ligados, como já afirmou Rosenberg em 1965. A diferenciação entre ambos não é nítida (Tomás e Oliver, 2004), sendo por isso confundidos com frequência. Embora alguns investigadores façam uma clara distinção entre estes conceitos.

Segundo Murphy (1947) o auto-conceito pode ser definido como “o indivíduo conhecido pelo indivíduo”. Enquanto a auto-estima é a avaliação mantida pelo indivíduo acerca de si próprio, podendo exprimir uma atitude positiva ou negativa, indicando a ideia que este tem de si (Coopersmith, 1967).

De acordo com Weinberg e Gould (2001) o auto-conceito abrange todos os aspetos que pensamos possuir, sendo por isso de extrema importância na vida consciente e é a medida mais importante do bem-estar psicológico. Já a auto-estima é vista como um indicador de estabilidade emocional e do grau de ajustamento às exigências da vida (Sonstroem, 1997). Sendo por consequência um indicador do bem-estar subjetivo e um elemento primário do bem-estar mental (Fox, 1998), e da qualidade de vida (Diener, 1984).

O conceito de auto-imagem é também confundido com os construtos anteriores, exemplo disso é o facto de uma boa auto-imagem favorecer a auto-estima.

Estes construtos da personalidade resultam da interação entre o que somos, a imagem que temos de nós próprios e da imagem que os outros têm de nós (Gallar, 1998).

Em forma de conclusão podemos afirmar que o Auto-conceito constitui apenas e somente a percepção própria do “Eu”, enquanto a auto-estima é um construto avaliativo, que indica o valor que cada um atribui a essa mesma percepção, ou seja, às suas restrições e aos seus potenciais atributos.

3.3. Impacto da PHDA na auto-estima

Pelo facto da auto-estima ser um conceito desenvolvimental e dinâmico, ao longo do tempo e das circunstâncias altera-se e redefine-se (Quiles & Espada, 2009).

O estudo do desenvolvimento da auto-estima ao longo da adolescência não tem reunido consenso, no entanto, observa-se alguma concordância quanto ao seu decréscimo na passagem da infância para a adolescência (Harter, 1990; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002).

A evolução do auto-conceito e da auto-estima com a idade pode-se representar, segundo Marsh (1992), por uma curva em forma de U, evidenciando um declínio da auto-estima no início da adolescência, que se reverte no meio deste período e aumenta no seu final e início da idade adulta.

A diminuição da auto-estima no início da adolescência pode ser explicada pela crescente noção de realismo que os indivíduos adquirem ao longo do tempo, por oposição à auto-avaliação positiva e irrealista característica da infância (Faria & Azevedo, 2004).

Com a entrada na adolescência, devido às características do desenvolvimento cognitivo desta fase desenvolvimental, nomeadamente a aquisição das operações formais, surgem novas possibilidades para se lidar com informação, resultantes da capacidade de abstracção (Robins *et al*, 2002). A capacidade de abstracção permite que o adolescente pense sobre si próprio e que desenvolva as suas auto-perceções (Riding, 2001) que são, nesta fase, mais propícias a distorções e a enviesamentos cognitivos (Harter, 1993).

Averiguar a existência de diferenças ao nível da auto-estima na adolescência tendo em consideração diferentes variáveis, representa um importante contributo para a compreensão dos processos de adaptação à multiplicidade de acontecimentos da adolescência (Faria & Azevedo, 2004). Sabe-se, por exemplo, que os adolescentes com elevada auto-estima são mais maduros emocionalmente, estáveis, realísticos, relaxados e com boa tolerância à frustração, comparativamente aos que têm uma auto-estima mais reduzida (Baumeister, 1993; Plummer, 2005).

Ora se pensarmos que as crianças/jovens com PHDA estão constantemente a ser repreendidos, e desde muito cedo, percebemos que esta maturidade emocional que é indispensável para que o desenvolvimento se processe com normalidade pode estar comprometida (Fonseca, 1998).

Os psicólogos do desenvolvimento evidenciaram a forma como as relações que se estabelecem com as figuras significativas são contextos de desenvolvimento e estão na base da organização do comportamento, das cognições e emoções. Relações positivas são bases que geram um sentido de segurança e de pertença e que permitem à criança construir uma imagem de si e do mundo positiva e agradável. Desde muito cedo a criança desenvolve o sentido de “eu” que, com o tempo, se torna cada vez mais diferenciado. Neste processo é crucial a forma como a criança é vista e tratada pelas suas figuras significativas (inicialmente muito confinadas às figuras parentais mais próximas e gradualmente incluindo família mais alargada, amigos e escola). A perspetiva das crianças acerca de si próprias é reflexo das perspetivas transmitidas pelos outros na interação social (Fox, 2009).

Crianças que desenvolvem uma auto-imagem positiva e sentido de competência e valor próprio são aquelas que experienciaram ao longo da infância relações calorosas e amor incondicional. Os seus familiares ou outros cuidadores/educadores/professores ao transmitiram-lhes que são valorizados por eles, ensinam-lhes a valorizarem-se a si próprios. Na linha de pensamento de Erickson (1972) este sentimento de competência é

fundamentalmente construído até cerca dos 12 anos de idade, na senda de um processo que se inicia com o desenvolvimento de um sentimento de segurança, e progressivamente de autonomia e de atitudes de iniciativa para atingir objectivos, em estreita relação com as figuras de referência da família e da escola. Estarão, então, lançadas as bases da identidade e da coerência interna de cada um, processo esse comum significativo desenvolvimento ao longo da adolescência, a adaptação a situações sempre novas pressupondo adaptabilidade por parte dos sujeitos, ao mesmo tempo que unicidade no decurso da vida em geral, apesar das eventuais rupturas a partir das quais cada um se reconstrói.

Desenvolver atitudes positivas para consigo é importante, mas as crianças necessitam de desenvolver também sentimentos de confiança em relação ao seu mundo. Neste processo a qualidade e consistência dos cuidados e atitudes educativas é crucial oferecendo à criança a noção de previsibilidade do contexto. Responsabilidade por parte do adulto, regras claras e justas fazendo parte do mundo social da criança são elementos importantes não só para a compreensão social do mundo, mas também para o sentimento de controlo, de se sentir capaz de agir sobre o mundo, de o alterar e de fazer acontecer coisas. As causas internas ou externas a que as crianças atribuem o seu sucesso ou fracasso têm sido estudadas pela teoria da atribuição assumindo-se que se as crianças sentem que a qualidade do seu desempenho é determinada por fatores controlados por si (por exemplo, o esforço dedicado a uma determinada tarefa) perante uma situação de fracasso as crianças responderão mais positivamente e esforçar-se-ão mais numa próxima tarefa, assumindo que o sucesso depende essencialmente de si. Se sentem que o seu desempenho é determinado por fatores que escapam ao seu controlo (por exemplo, falta de atenção ou auto-controlo) responderão mais negativamente perante o fracasso e desistirão facilmente, assumindo que, por muito que tentem, não serão capazes de ser bem sucedidas. Torna-se claro que este “desânimo aprendido” é extremamente corrosivo para o desenvolvimento das crianças enquanto aprendizes. Este modelo de atribuição explica bem a forma como uma auto-estima baixa pode resultar em baixa motivação que, por sua vez, conduzirá a baixo esforço e a um conseqüente desempenho pobre, confirmando a fraca perspectiva das crianças acerca de si próprias.

Quebrar este círculo auto-profético requer que os adultos que trabalham com as crianças com PHDA mobilizem esforços que permitam aos alunos sentir-se em controlo, nomeadamente colocando desafios e exigindo responsabilidades razoáveis, estabelecendo regras consistentes e adequadas às capacidades das crianças, discutidas e



negociadas com as crianças sempre que possível, procurando favorecer uma auto-estima elevada e segurança emocional.

Sendo clara a ligação entre desenvolvimento cerebral e desenvolvimento emocional e intelectual, Whitebread (1996) desenvolve o seu pensamento acrescentando que, para além de amor e segurança, as crianças necessitam de desafio intelectual e de valores. Se as crianças aprendem através de um processo de construção activa de conhecimento, em interacção social, um contexto de aprendizagem estimulante será o que fornece novas, ativas e significativas experiências, individuais e partilhadas, oportunidades de exploração, envolvimento das crianças na discussão e resolução de problemas, oportunidades de expressão e representação.

Consideramos, como Laevers (2004a, 2006a, 2006b), que logo nas primeiras etapas do processo educativo, e ao longo de todas as etapas educativas, importa promover o desenvolvimento de uma auto-estima positiva/saúde emocional, desenvolvimento físico e motor, estimular o desenvolvimento do raciocínio e pensamento conceptual, o ímpeto exploratório e a atitude de compreensão do mundo físico e social, valorizar-se a competência social, a expressão e comunicação, a capacidade de auto-organização e iniciativa, a criatividade e, sobretudo, construir-se a atitude básica de ligação ao mundo, crucial ao desenvolvimento de um cidadão emancipado.

Neste processo, o desenvolvimento de uma auto-estima positiva ganha particular importância, ao constituir-se como dimensão básica para a plena realização de cada um, com estreita ligação com um sentido de segurança, de identidade, de pertença, de objectivos e de competência.

Desenvolve-se, naturalmente, a partir de processos cognitivos e afetivos que permitem sentirmo-nos bem relativamente a características pessoais (sentirmo-nos amáveis, únicos, valiosos, merecedores de respeito e com sentido de controlo sobre a própria vida). É uma área de desenvolvimento indispensável ao bem-estar emocional, garantia de saúde emocional na criança: nestas condições, a criança experiencia segurança e conforto que lhe permitem ser ela própria e atuar espontaneamente numa variedade de situações, retirando prazer e alegria nas atividades e companhia dos outros; evidencia uma atitude receptiva em relação ao contexto envolvente, serenidade e vitalidade; adapta-se bem a novas situações e, em situações difíceis, compreende e expressa adequadamente os seus próprios sentimentos.

Naturalmente, sendo a criança um corpo, o desenvolvimento da sua auto-estima não pode ser pensado isolado do próprio desenvolvimento físico e motor da criança. À medida que as crianças crescem, tornam-se mais rápidas, mais fortes, mais flexíveis, fisicamente mais desvoltas e eficazes. Esta progressiva capacidade de controlar o seu corpo resulta em crescente confiança e alegria, numa imagem e auto-estima fortalecida.

Assim, crianças com PHDA dificilmente têm a possibilidade de desenvolver uma auto-estima fortalecida, pois estas crianças costumam ter inúmeros problemas de baixa auto-estima, ter baixo desempenho académico, dificuldades sociais e familiares. Assim, o diagnóstico e tratamento precoce não visariam apenas o controlo dos sintomas, mas principalmente evitar o impacto deles na vida destas crianças (Wilkinson e Lagendijk, 2007).

Segundo Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk (2000) o impacto dessa síndrome na sociedade é enorme, considerando-se o alto custo financeiro, stress na família, prejuízo nas atividades académicas e vocacionais, bem como os efeitos negativos que repercutem na autoestima das crianças e adolescentes. Estudos demonstram que crianças com diagnóstico de PHDA apresentam maior risco de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, na adolescência e na idade adulta, como comportamento antissocial, problemas com uso de drogas lícitas e ilícitas e transtorno de humor e ansiedade.



CAPÍTULO 3 – Metodologia de Investigação



1. Método

O presente trabalho consiste num estudo transversal e exploratório que procura perceber os níveis de auto-estima dos alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Desenvolver uma investigação desta natureza implica um trabalho árduo. Deste modo, a escolha do método a utilizar é inevitável para que possamos levar a cabo um trabalho desta natureza.

Na escolha da metodologia de investigação, deve ser dada importância, segundo Yin (2005) à natureza das principais questões do estudo, à possibilidade de controlo sobre variáveis ou acontecimentos presentes e ao facto de se tratar ou não de um fenómeno que se desenvolve no momento do estudo.

Se por um lado, há autores adeptos de métodos quantitativos que defendem uma pesquisa baseada em técnicas científicas que nos permitem chegar a conclusões quantificáveis e, se possível, generalizáveis, por outro, encontramos investigadores defensores de métodos qualitativos, que procuram compreender o universo em estudo, preferindo a compreensão do que a análise estatística.

Após a consulta de bibliografia, acreditamos que cada método tem os seus pontos fortes e fracos. Tendo em conta a finalidade deste projeto de investigação, optamos pela utilização de métodos quantitativos, que segundo Miranda (2008, 30 de Junho) está essencialmente ligada à investigação experimental ou quase experimental, o que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses que explicam esses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação (amostragem), a verificação ou rejeição das hipóteses, mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses.

De acordo com Miranda (2008, 30 de Junho), a investigação quantitativa tem como objetivos a generalização dos resultados a partir da amostra de uma determinada população em estudo, o estabelecimento de relações causa - efeito e a antevisão de fenómenos. O objetivo deste tipo de investigação é determinar até que ponto os resultados obtidos são generalizáveis à população.

Neste tipo de trabalho, é necessário que o investigador elabore um plano de investigação estruturado, após a revisão da literatura, indicando, detalhadamente, os objetivos e os procedimentos da investigação.

A revisão da literatura é extremamente importante para a definição dos objetivos do trabalho e essencial para a formulação das hipóteses e definição das variáveis.

A investigação quantitativa pressupõe que se encontrem relações entre variáveis, que se façam descrições, partindo do tratamento estatístico de dados recolhidos e que se testem as teorias.

A amostra deverá ser aleatória e representativa da população em estudo para que se possam generalizar os resultados. Na investigação quantitativa, a matemática é a linguagem utilizada no tratamento e interpretação dos resultados obtidos, fazendo a conexão da realidade empírica com a teoria que envolve o estudo.

Recorremos também à técnica da análise de conteúdo. Esta metodologia de investigação é tida em conta como uma das mais eficazes técnicas de análise e formas de comunicação.

Segundo Vala (1986) citado por Silva (2008), “a técnica de análise de conteúdo é, sobretudo, considerada uma das técnicas mais utilizadas na investigação empírica realizada pelos diferentes campos das ciências sociais e humanas.” Esta metodologia contou, ao longo da história, com a colaboração de alguns intervenientes que contribuíram para a sua evolução, tal como foi o caso de Berelson em 1952, de Cartwright em 1953, de Krippendorff em 1980 e ainda de Bardin em 1991.

Segundo Krippendorff (1980), citado por Silva (2008), a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que viabiliza inferências válidas dos dados possíveis de serem replicáveis no seu contexto.”

1.1. Problemática

A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e hiperatividade (DSM-IV).

Esta realidade afeta a forma como o aluno se avalia, uma vez que está constantemente a ser chamado à atenção, seja no contexto escolar, seja no contexto familiar, confundindo-se muitas vezes estes comportamentos com falta de educação, ausência de regras ou irresponsabilidade.



Neste sentido, segundo Wilkinson e Lagendijk (2007), torna-se fundamental adequar as expectativas de todos quantos rodeiam as crianças com esta perturbação, 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 a nível comportamental ou emocional.

Assim sendo, surge a seguinte problemática:

Qual a relação entre a PHDA e os níveis de auto-estima?

1.2. Objetivo e Questões

O principal objetivo deste estudo consiste em aferir os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.

Apesar da escassez de reflexões que relacionam a PHDA com a Auto-estima, é de grande importância perceber até que ponto o aluno com PHDA gosta de si próprio, do modo como corre a sua vida e se se sente feliz consigo mesmo.

Com o aumento de casos de crianças/alunos com PHDA nas escolas, a pertinência deste estudo prende-se com o desejo de sensibilizar todos os agentes educativos para a importância da estimulação da auto-estima em alunos com PHDA, a fim de promover maior qualidade de vida, pessoal, escolar e social aos mesmos.

1.3. Hipóteses e Variáveis

- Hipótese 1: O género influencia os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.
Variável Dependente: Níveis de auto-estima;
Variável independente: Género.
- Hipótese 2: A idade influencia os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA.
Variável Dependente: Níveis de auto-estima;
Variável independente: Idade.
- Hipótese 3: Os alunos com PHDA manifestam comportamentos referentes a uma baixa auto-estima.
Variável Dependente: Nível de auto-estima;

Variável Independente: PHDA.

- Hipótese 4: Os alunos com PHDA acreditam que têm pouco sucesso escolar.

Variável Dependente: Pouco sucesso escolar;

Variável Independente: PHDA.

1.4. População e Amostra

A população é constituída por alunos com PHDA dos Agrupamentos de Escolas de Santa Cruz da Trapa, Mangualde, Moimenta da Beira, bem como da Escola Profissional de Moimenta da Beira.

Para atingir os objetivos a que este estudo se propõe, definiu-se uma amostra não probabilística e intencional, constituída por 41 alunos com PHDA, que foram considerados mais representativos pelas suas características.

Segundo Sosin (2006), estas crianças tem muitos problemas sociais, nomeadamente com os colegas, pois não conseguem controlar os impulsos e reagem mal à frustração. Tal como refere Antunes (2006), a nível social, as crianças com PHDA têm baixa resistência à frustração, zangam-se com facilidade, exageram nas respostas emocionais e afastam quem os poderia ajudar.

A nível pessoal, de acordo com Vásquez (1997), “a criança apresenta uma deficiente autoestima ...” (p.164).

Assim sendo, é de grande importância sensibilizar toda a comunidade educativa, a fim de promover maior qualidade de vida, pessoal, escolar e social aos alunos/as com esta característica.

Este estudo é importante porque atualmente deparamo-nos com um aumento de casos de crianças portadoras de PHDA nas escolas. Logo, é extremamente relevante que estejamos informados acerca desta problemática para que possamos agir de forma mais consciente e eficaz.

Os docentes e técnicos especializados devem contribuir para o corpo de conhecimento científico sobre a sua prática, com vista ao desenvolvimento de um ambiente educativo favorável à integração e à socialização destes alunos.

1.5. Instrumento

Ghiglione e Matalon (1993) referem que os inquéritos são um conjunto de atos e diligências destinados a apurar alguma coisa. Para Ketele e Roegiers (1993) estes pressupõem um estudo de um tema preciso junto de uma população, cuja amostra se determina a fim de precisar certos parâmetros.

O instrumento metodológico utilizado no processo de recolha de informação foi a Escala de Auto-conceito de Susan Harter (1986).

Esta escala é constituída por 40 itens distribuídos por 8 sub-escalas referentes a 7 domínios específicos (competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, atração romântica, aspectos comportamentais e amizades íntimas) e à auto-estima, constituindo este último item num julgamento global do seu valor enquanto pessoa e não um domínio específico de competência.

O formato dos itens que compõem a escala permitem uma dupla opção. Assim foi dado a cada item uma estrutura alternativa, onde o sujeito tem de tomar duas decisões. Por um lado terá de escolher entre duas descrições de sujeitos, aquela com que se identifica mais. Por outro lado, o adolescente terá de exprimir o seu grau de identificação (“Exatamente como ele” ou “Mais ou menos como ele”). A Construção dos itens pressupõe que existem sujeitos que se vêem de um modo, enquanto que outros se vêem de modo oposto, não envolvendo nenhuma das respostas o termo “Falso”. Com este formato pretende-se minimizar a influência de uma tendência para respostas socialmente desejáveis (Peixoto, 1996).

Os itens são apresentados por escrito, podendo as escalas ser aplicadas individualmente ou colectivamente. Contudo, é essencial tornar bem claro que para cada item só se pode assinalar uma situação e na fase inicial deve-se controlar se todos os sujeitos entenderam o procedimento de resposta.

Cada uma das sub-escalas/domínios, do Perfil de Auto-perceção, é constituída por cinco itens, dispostos alternadamente ao longo da escala, perfazendo um total de 40 itens:

Sub-escalas	Itens	Média	Mínimo - Máximo
Competência Escolar	1 – 9 – 17 – 25 – 33	8,90	5 – 13
Aceitação Social	2 – 10 – 18 – 26 – 34	12,22	7 – 17
Competência Atléticoa	3 – 11 – 19 – 27 – 35	11,98	8 – 15
Aparência Física	4 – 12 – 20 – 28 – 36	10	6 – 14
Atração Romântica	5 – 13 – 21 – 29 – 37	10,76	8 - 15
Comportamento	6 – 14 – 22 – 30 – 38	10,07	5 – 17
Amizades Íntimas	7 – 15 – 23 – 31 – 39	15,39	10 - 19
Auto-Estima Global	8 – 16 – 24 – 32 – 40	9,76	5 - 15

Tabela 1 – Sub-escalas do Escala de Auto-estima de Susan Harter

Relativamente ao formato dos itens, são compostos por duas estruturas alternativas, cada uma delas com dois níveis, sendo pedido ao adolescente, inicialmente, que escolha aquela com a qual se identifica mais.

Em cada uma das sub-escalas, metade dos itens estão construídos a uma alta competência ou importância e a outra metade corresponde a uma baixa competência ou importância.

Os diferentes itens são cotados de 1 a 4, em que o valor 1 corresponde a uma baixa competência percebida ou a uma baixa importância atribuída e o valor 4 corresponde a uma alta competência preferida ou uma alta importância atribuída.

Podemos analisar pela tabela 1 que a média das sub-escalas dos valores de auto-estima variam entre 8,90 e 15,39, sendo de notar que houve casos em que o valor mínimo foi 5.

1.6. Procedimento

Em todo o estudo científico e de investigação, a utilização de uma metodologia adequada é fundamental para que se consiga caminhar no sentido de obter resultados credíveis.

A este nível, utilizar uma metodologia quantitativa poderá ser mais benéfico na medida em que se pretende analisar de forma correta e objectiva os dados recolhidos, recorrendo à análise estatística podendo assim obter um maior grau de generalização relativamente às conclusões aperfeiçoadas pela análise. As metodologias qualitativas, para além de terem uma amostra menor, tendem a trabalhar com um número relativamente mais pequeno de casos, sacrificando a massificação destes em detrimento dos seus detalhes.

Através da investigação quantitativa pretendemos recolher os factos, estudar a relação entre eles e realizar medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzam a conclusões quantificadas (Bell, 1993). Em complemento recorrer-se-á ao método qualitativo dado que este se reveste de carácter descritivo e rigoroso, sendo o resultado direto dos dados recolhidos. A escolha da utilização destes dois métodos recai sobre o facto de estes se complementarem e assim enriquecerem a investigação.

Para recolha de informação, utilizou-se a Escala de Auto-conceito de Susan Harter. A análise estatística foi efetuada com recurso a um software para tratamento estatístico dos dados, o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para o Windows (versão 21.0) e Excel.

Primeiramente, realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo através do registo em tabelas de frequência, gráficos, medidas de tendência central e de medidas de dispersão. Posteriormente efetuou-se teste de hipóteses para verificar as hipóteses enunciadas anteriormente. Foram utilizados testes paramétricos (T-Teste e ANOVA) e não-paramétricos (Qui-quadrado de independência) conforme os pressupostos em cada hipótese de estudo.

CAPÍTULO 4 – Apresentação dos Resultados



Para iniciar a apresentação dos resultados do estudo, saliento que a amostra refere-se a 41 alunos com PHDA dos Agrupamentos de Escolas de Santa Cruz da Trapa, Mangualde, Moimenta da Beira e Escola Profissional de Moimenta da Beira.

Do total dos alunos inquiridos, 15 (37%) são do sexo feminino e 26 (63%) são do sexo masculino.

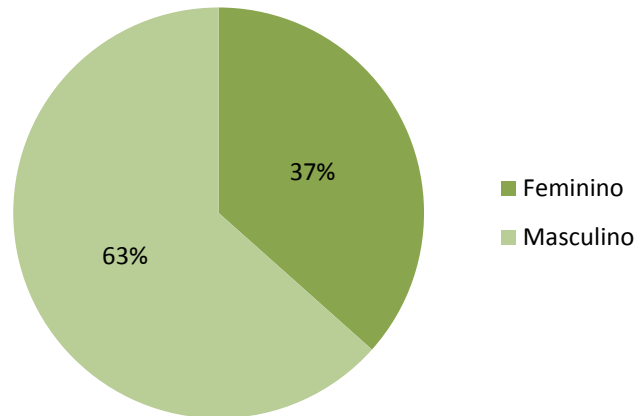


Figura 1 - Gráfico circular relativo ao género dos inquiridos

A faixa etária dos inquiridos/as distribui-se da seguinte forma: 5 (12,2%) com 10 anos, 3 com 12 anos (7,3%), 7 com 13 anos (17,1%), 10 com 14 anos (24,4%), 9 com 16 anos (22%) e 7 com 17 anos (17,1%).

Como só se obteve 6 categorias não se agrupou por classes.

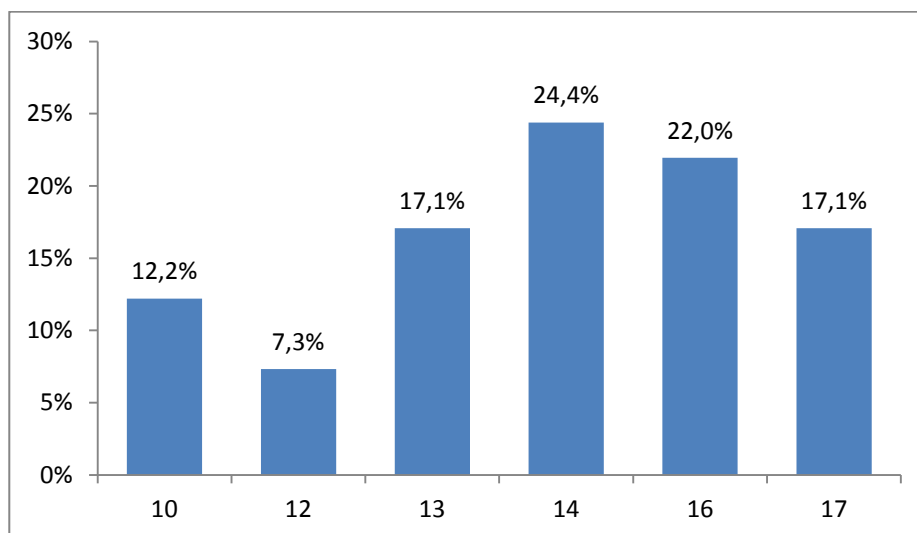


Figura 2 - Gráfico relativo à distribuição da faixa etária

Posteriormente foi solicitado aos/às inquiridos/as que respondessem à Escala de Auto-estima de Susan Harter de modo a aferir os níveis de auto-estima dos mesmos.

Em anexo encontra-se um exemplar da escala utilizada, sendo que na apresentação dos resultados, a Q1 corresponde à questão 1 e a Q40 corresponde à questão 40, respetivamente.

Por forma a interpretar de forma mais objetiva os níveis de auto-estima dos alunos, foram definidos três intervalos (40-80 que equivale a baixa auto-estima; 80-120 que representa uma auto-estima na média e 120-160 que corresponde a uma elevada auto-estima) como podemos observar na figura 3.

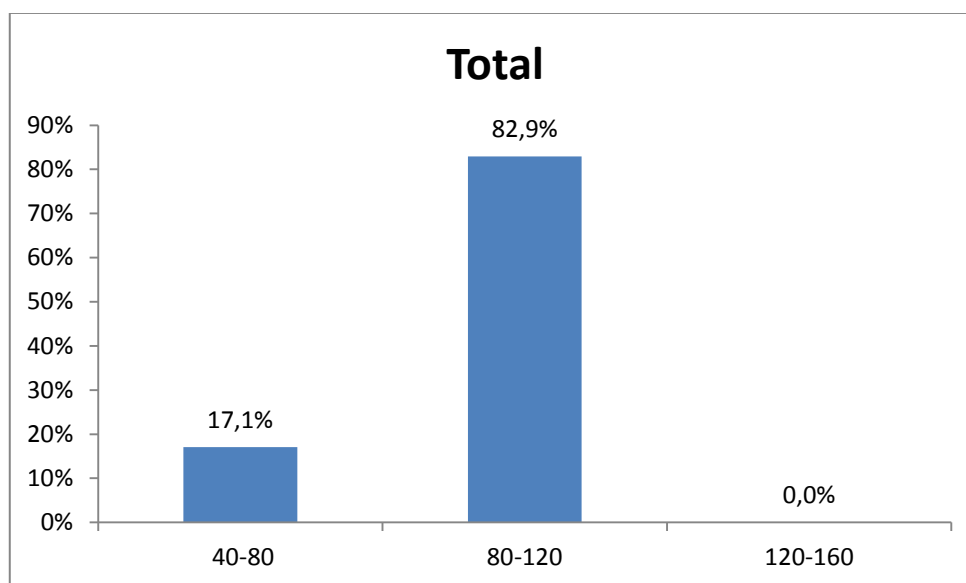


Figura 3 – Gráfico inerente à interpretação da Escala de Auto-estima de Susan Harter

É de salientar que 17,1% dos inquiridos apresenta níveis de auto-estima baixos. Mas 82,9% revela ter uma auto-estima dentro da média. Não existe nenhum aluno cuja auto-estima seja elevada, o que mostra que alunos com PHDA não têm uma perceção de si próprios muito positiva.

Na tabela ao lado temos as principais medidas descritivas relativamente aos valores totais da auto-estima.

Medidas Descritivas						
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
TOTAL	41	73	107	89,07	7,882	62,120

Tabela 2 – Medidas Descritivas

De seguida são apresentados dois gráficos que apresentam as respostas obtidas por cada questão do inquérito. As questões foram repartidas em 2 gráficos devido a ter questões de boa auto-estima (sentido positivo) e questões de baixa auto-estima (sentido negativo):

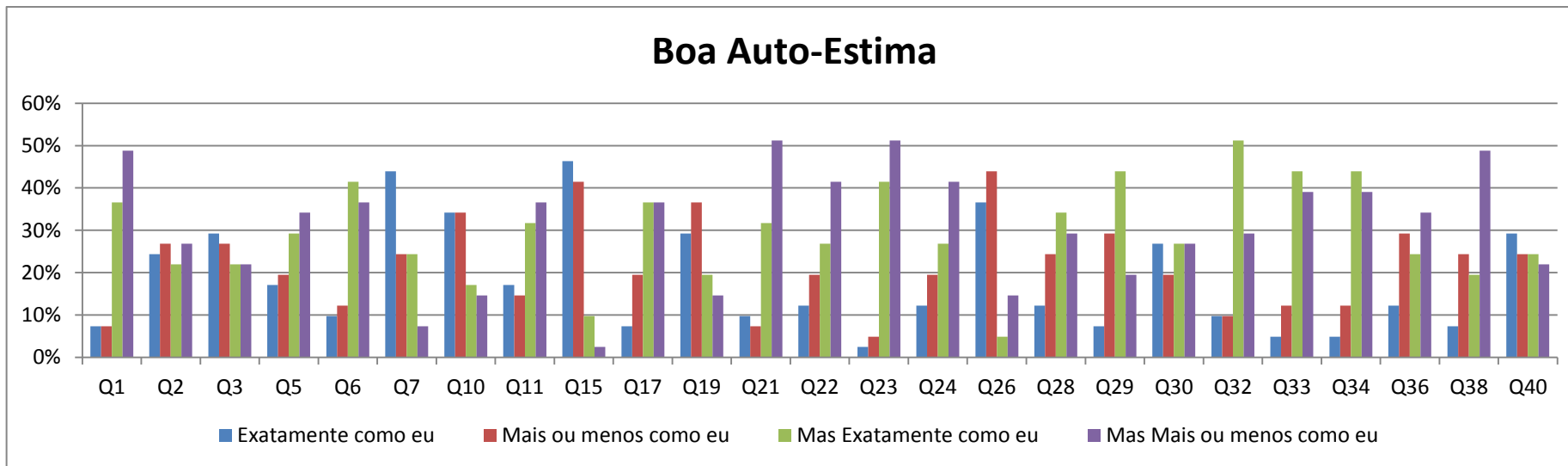


Figura 4 – Gráfico relativo aos resultados da Escala de Susan Harter referente a uma boa auto-estima

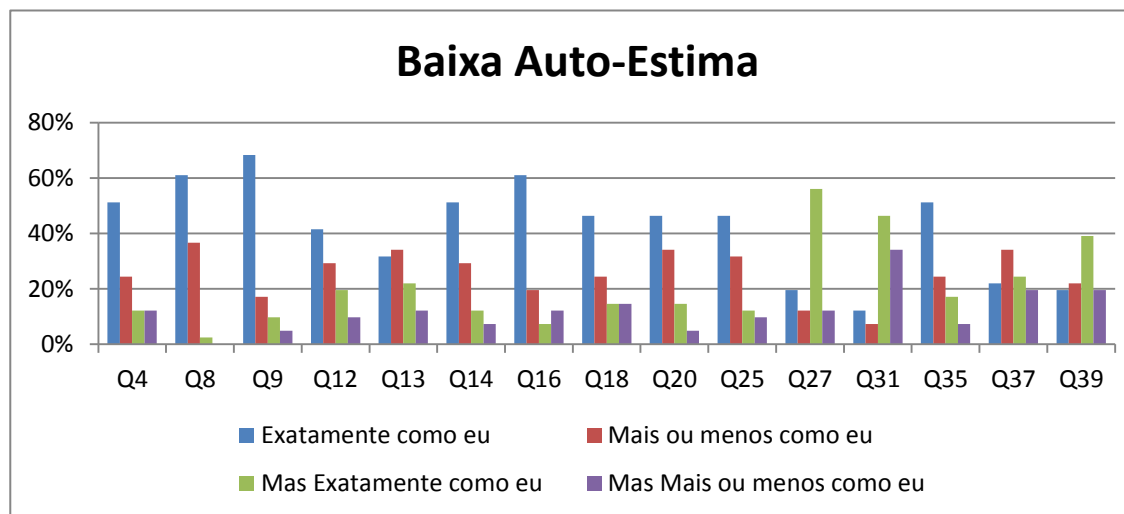


Figura 5 – Gráfico relativo aos resultados da Escala de Susan Harter referente a uma baixa auto-estima



Fazendo uma análise destes gráficos, podemos perceber que no que se refere à Competência Escolar, a maioria dos jovens não têm a certeza de serem inteligentes (Q1); consideram que são bastante lentos a fazer o seu trabalho escolar (Q9); acreditam que não fazem muito bem os seus trabalhos escolares (Q17); têm dificuldade em responder aos problemas da escola (Q25) e questionam-se sobre a sua inteligência (Q33).

No que concerne à Auto-estima Global, a menção “exatamente como eu” na Q8, Q16, Q24, Q32 e Q40 é a que se repete mais vezes, revelando que a opinião que têm sobre si próprios não é positiva.

Em relação aos valores obtidos da auto-estima, considerando a idade, é de referir que obtivemos 3 grupos (12 / 13 / 14) onde os valores foram superiores a 80 conforme o gráfico abaixo indica:

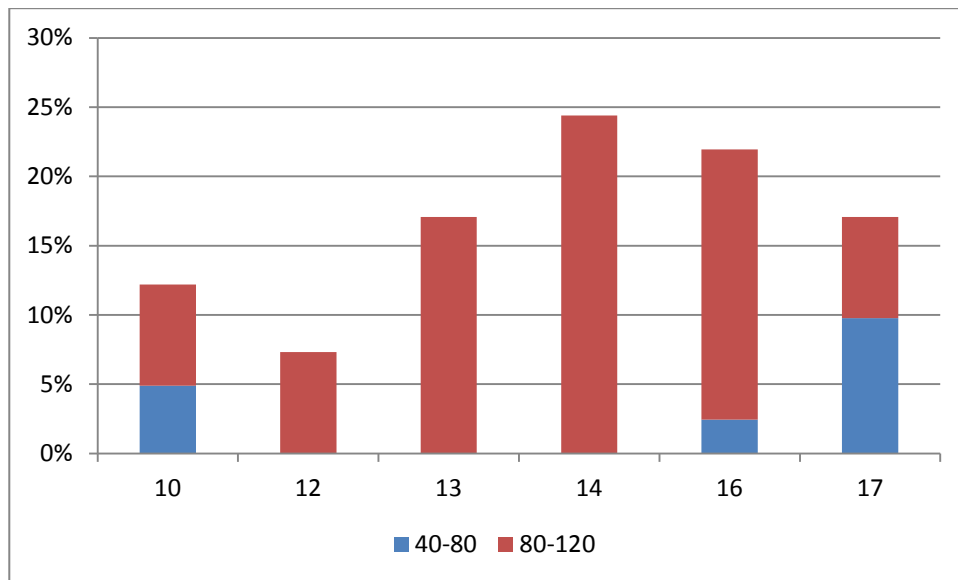


Figura 6 – Gráfico com os valores da auto-estima por idades

Apresentamos ainda na tabela ao lado a média e valores mínimos e máximos para cada idade, onde se pode ver que a média mais alta é nos jovens com 14 anos e a média mais baixa situa-se nos jovens com 17 anos.

idade	N	Média	Mínimo	Máximo
10	5	89,2	76	101
12	3	92	83	99
13	7	93	84	107
14	10	93,5	87	99
16	9	85,78	73	93
17	7	81,71	74	91

Tabela 3 – Valores mínimos e máximos por idades

No seguimento do estudo destas variáveis foi efetuado o teste de hipótese para verificar se há diferenças significativas entre os valores médios da auto-estima para cada idade. Foram testados os pressupostos da ANOVA (normalidade, independência e homocedasticidade) onde não falhou nenhum deles. Neste sentido apresentamos na tabela abaixo os valores obtidos da ANOVA:

ANOVA					
TOTAL					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	806,496	5	161,299	3,364	,014
Within Groups	1678,284	35	47,951		
Total	2484,780	40			

Tabela 4 – Valores obtidos da ANOVA

Podemos verificar que o valor de Sig. obtido é de 0,014 que é inferior a 0,05 (erro de 5%). Neste sentido podemos afirmar que temos evidência estatística para dizer que existem diferenças estatísticas entre pelo menos 2 grupos de idade.

Para analisar em qual dos grupos existe diferenças, aplicou-se um teste “Post Hoc - LSD” onde obtivemos as seguintes diferenças (consultar a tabela do anexo 2):

- No grupo dos 17 anos existem diferenças com o grupo dos 12 / 13 /14;
- No grupo dos 16 anos existem diferenças com o grupo dos 13 /14.

Vemos assim que os dois últimos grupos têm diferenças estatísticas com os grupos do meio.

Considerando ainda a variável dos valores totais da auto-estima, foi analisado quanto ao género. O gráfico seguinte apresenta a sua distribuição:

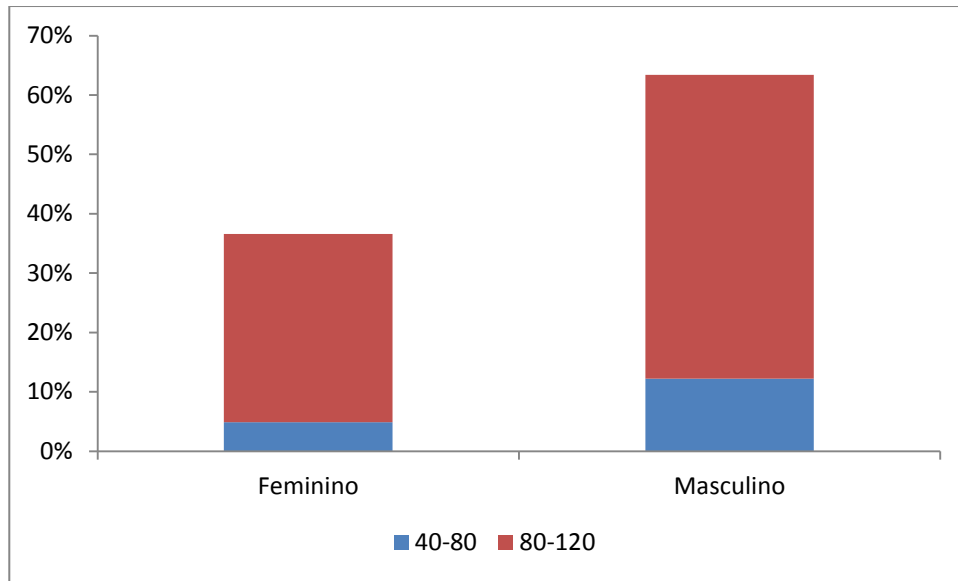


Figura 7 – Gráfico com os valores da auto-estima quanto ao género

Podemos analisar logo que o género masculino está mais representativo, isto também porque a amostra possui mais inquiridos do género masculino. Quanto aos valores médios e seus mínimos e máximos vemos pela tabela do lado que os valores não se distanciam muito um do outro.

Género	N	Média	Mínimo	Máximo
Feminino	15	91,27	73	101
Masculino	26	87.81	74	107

Tabela 5 – Valores máximos e mínimos quanto ao género

Para verificar se existe diferença estatística entre ambos foi aplicado um T-Teste, a média, e foi verificado os pressupostos (normalidade e existência ou não de igualdade de variância) onde se obteve os seguintes dados:

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
TOTAL	Equal variances assumed	1,368	39	,179	3,459	2,528	-1,655	8,572

Tabela 6 – Resultados do T-Test

Podemos ver que o valor de Sig. foi de 0,179 que é superior a 0,05 (5%), assim temos evidencia estatística para afirmar que não há diferenças das médias dos valores da auto-estima em relação ao género.

	Sucesso Escolar	Aceitação Social	Competência Atlética	Aparência Física	Atração Romântica	Comportamento	Amizades Intimas	Auto-Estima Global
N	41	41	41	41	41	41	41	41
Mean	8,9024	12,2195	11,9756	10,0000	10,7561	10,0732	15,3902	9,7561
Std. Deviation	1,89479	2,26398	1,99359	2,09762	1,88123	2,80527	2,26802	2,42673
Minimum	5,00	7,00	8,00	6,00	8,00	5,00	10,00	5,00
Maximum	13,00	17,00	15,00	14,00	15,00	17,00	19,00	15,00

Tabela 7 – Média relativa aos sub-temas que compõem a Escala de Auto-estima de Susan Harter

Relativamente aos sub-temas que compõem a escala utilizada, podemos analisar pelo gráfico anterior que a média relativa ao sucesso escolar e à auto-estima global (que são os sub-temas mais estudados nesta investigação) são os que têm uma média mais baixa, 8,9 e 9,8, respetivamente. Também podemos observar que os valores máximos e médios destes dois sub-temas não se distanciam muito.

CAPÍTULO 5 – Discussão dos Resultados

Segundo Ramalho (2009), calcula-se que cerca de 3 até 5 % das crianças em idade escolar tenham sintomas da PHDA. Existem também dados que referem que em cada cem crianças, dezassete são hiperativas.

Da totalidade da amostra, 63% são do género masculino e 37% são do sexo feminino. Estudos revelam que existe maior incidência da PHDA em crianças/jovens do género masculino. No entanto, relativamente à primeira hipótese, “O género influencia os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA”, considera-se que, atendendo à tabela 6, temos evidência estatística para afirmar que não há diferenças das médias dos valores da auto-estima em relação ao género, pelo que a hipótese não foi corroborada.

No que concerne à segunda hipótese “A idade influencia os níveis de auto-estima dos alunos com PHDA”, é de referir que, analisando a figura 6, dentro dos três grupos que obtivemos (12/13/14 anos) os valores de auto-estima foram superiores a 80.

Partindo da tabela 4 podemos afirmar que a hipótese foi corroborada, podendo afirmar que existe evidência estatística para dizer que existem diferenças estatísticas entre pelo menos dois grupos de idade. Partindo da tabela em anexo, no grupo dos 17 anos existem diferenças com o grupo dos 12, 13 e 14 anos. Já no grupo dos 16 anos existem diferenças com o grupo dos 13 e 14 anos. Com base na tabela 3 conclui-se que a média de auto-estima mais alta situa-se nos jovens com 14 anos e a média mais baixa situa-se nos jovens com 17 anos.

Através do DSM-IV percebemos que as principais características de um aluno hiperativo poderão levar a algum descontentamento, uma vez que mexe as mãos ou os pés com frequência ou contorce-se na cadeira (nos adolescentes, pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência); tem dificuldade em permanecer sentado, quando tal é necessário; distrai-se facilmente por ação de estímulos exteriores; tem dificuldade em esperar pela sua vez em jogos ou situações de grupo; é frequente dar respostas irrefletidas a perguntas incompletas; tem dificuldade em seguir instruções dadas por outrem (sem que tal facto se fique, porém, a dever à manifesta oposição ou à incapacidade de compreender as instruções); não completa as tarefas que lhe são solicitadas; tem dificuldades em fixar a atenção nas tarefas ou nas atividades de jogo; muda frequentemente de uma atividade incompleta para outra; tem dificuldade em brincar em silêncio; é frequente falar excessivamente; interrompe frequentemente os outros ou intromete-se (nos jogos de outras crianças, por exemplo); muito

frequentemente não parece ouvir o que lhe está a ser dito; perde com frequência material necessário à realização de tarefas ou atividades na escola ou em casa (brinquedos, lápis, livros, trabalhos...); envolve-se frequentemente em atividades físicas potencialmente perigosas, sem considerar as possíveis consequências (por exemplo, atravessa a rua sem olhar). Assim sendo, a terceira hipótese “Os alunos com PHDA manifestam comportamentos referentes a uma baixa auto-estima” foi corroborada pelo estudo, uma vez que, analisando a tabela 7, percebemos que no sub-tema Auto-estima global a média é das mais reduzidas.

Como refere Lopes (1998) agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc., são apenas algumas características com frequência atribuídas a estas crianças. Como tal, são constantes as situações em que são corrigidos e chamados à atenção pelo seu comportamento inadequado, o que faz com que estas crianças/jovens sintam uma ânsia de querer alterar a sua conduta, mas na maioria das vezes não o conseguem fazer sozinhos. Esta realidade vem confirmar a quarta hipótese, “os alunos com PHDA acreditam que têm pouco sucesso escolar”, uma vez que também a este nível, a média possui também um valor bastante baixo (8,9), como se pode observar na tabela 7.

A insegurança é uma característica muito patente na vida destes alunos na medida em que as interações se tornam negativas, condicionando ainda mais os seus já limitados sucessos académicos e sociais, ao mesmo tempo que reduzem a sua motivação para aprenderem e diminuem a sua auto-estima (Barkley, 2002). É importante que o aluno pense sobre si próprio e que desenvolva as suas auto-perceções (Riding, 2001), mas no aluno com PHDA, devido a toda a carga emocional negativa vivenciada, é comum existirem distorções e a enviesamentos cognitivos (Harter, 1993).

Tal como refere Gerdes e colaboradores (2003), normalmente as crianças com PHDA tendem a perceber as suas relações com os outros como positivas e não problemáticas, 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.

Ainda assim, consideramos fundamental que os professores entendam que a PHDA afeta o aluno na sua vida familiar e escola, mas afeta-o, talvez de uma forma ainda superior, ao nível da auto-imagem e auto-estima. Em relação aos outros dois

contextos anteriormente referidos, é possível que terceiros (pais, família, professores, pares) o auxiliem, mas a nível pessoal é fundamental um equilíbrio muito grande e uma capacidade para lidar com as frustrações que estas crianças, na grande maioria das vezes, não têm.

Assim, crianças com PHDA dificilmente têm a possibilidade de desenvolver uma auto-estima fortalecida, pois estas crianças costumam ter inúmeros problemas de baixa auto-estima, ter baixo desempenho académico, dificuldades sociais e familiares. Assim, o diagnóstico e tratamento precoce não visariam apenas o controlo dos sintomas, mas principalmente evitar o impacto deles na vida destas crianças.

Segundo Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk (2000) o impacto dessa síndrome na sociedade é enorme, considerando-se o alto custo financeiro, stress na família, prejuízo nas atividades académicas e vocacionais, bem como os efeitos negativos que repercutem na autoestima das crianças e adolescentes. Estudos demonstram que crianças com diagnóstico de PHDA apresentam maior risco de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, na adolescência e na idade adulta, como comportamento antissocial, problemas com uso de drogas lícitas e ilícitas e transtorno de humor e ansiedade.

Percebe-se, então, algum desmazelo em relação à escola por parte destes alunos, justificado quando sabemos quais os sintomas desta perturbação. Ainda assim, compete à escola perceber também qual o estilo de aprendizagem deste aluno, e fazer mudanças e adaptações curriculares para que alunos atrasados no seu desenvolvimento intelectual não se tornem mais desatentos e entediados, aumentando o risco de frustração e diminuindo a motivação.

De facto, a criança com PHDA tem dificuldades em concentrar-se, em comportar-se devidamente, é impulsivo nas respostas (Lopes, 1998). De acordo com Moraes, geralmente, crianças portadoras de PHDA são as mais prejudicadas na escola, porque usam um raciocínio e estratégias que fogem às exigências académicas, mas se devidamente estimuladas terão possibilidade de acompanhar os currículos definidos para a sua faixa etária. Para estas crianças é necessária uma maior flexibilidade em sala de aula. Devem ter professores capacitados para lidar com os mesmos, professores que as encorajem a trabalhar ao seu próprio modo, para que assim possam progredir. Caso contrário, estes estudantes não conseguem manter-se motivados por muito tempo.

Segundo Smith e Strick (2001) o ambiente escolar inapropriado pode levar até mesmo as mais leves deficiências a tornarem-se grandes problemas.

Segundo Goffredo (2007), princípio da inclusão aponta para uma pedagogia equilibrada, entendendo que as diferenças humanas são normais e que a aprendizagem deve ajustar-se às necessidades de cada aluno, e não os alunos adaptarem-se ao ritmo imposto pelo processo educativo”.

Ao receber a criança com PHDA, a escola deve estar apoiada nos parâmetros da “educação inclusiva” para que estas não se sintam estigmatizadas ou rotuladas e não percam o interesse pela educação. É necessário que se sintam integradas no meio escolar para que suas aprendizagens aconteçam. É importante que a escola esteja bem atenta, pois a PHDA pode vir acompanhada de outros transtornos como Dislexia, Disgrafia e Discalculia ou outras síndromes neurológicas e psiquiátricas, além de problemas sociais no ambiente escolar. Então, a educação como fator de inclusão educacional e social irá procurar o seu desenvolvimento sob a égide do professor crítico na escola, locus legítimo para o exercício do ensino-aprendizagem dos alunos com deficiência (Costa, 2007).

A frequente reação negativa, dos pais, relativamente às dificuldades de aprendizagem, pode ser atribuída ao que McCarthy (1968) citado por Weiner (1982) aplica de “taste of honey”. Ao contrário das crianças severamente atingidas intelectualmente, estas crianças manifestam uma inteligência normal e muitas competências, o que torna os pais menos capazes de compreender as suas dificuldades. Assim, permitem-se ter expectativas elevadas relativamente aos filhos que depois, são frustradas, sendo então estes pais, mais atingidos pelo desapontamento, do que os pais das primeiras crianças citadas. Geram-se assim, atitudes negativas que desencorajam as crianças a tentar superar essas dificuldades, fazendo-os sentir-se desadequados e incapazes.

A família e a comunidade escolar devem empenhar-se em aplicar medidas que diminuam o impacto da PHDA no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes. As condutas hiperativas têm um carácter marcadamente situacional, não são um traço da personalidade, são antes comportamentos que as crianças mobilizam em determinadas circunstâncias (Garcia, 2001). Situações particularmente stressantes ou que requerem concentração por longos períodos de tempo são, muitas vezes, passíveis de exacerbar um sintoma ou uma série de sintomas.

Outro aspeto crucial, 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 a nível comportamental ou emocional.

CAPÍTULO 6 – Conclusão

A concretização deste trabalho possibilitou um maior entendimento sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, bem como perceber o seu impacto na vida dos alunos com estas características.

O aluno com PHDA demonstra, entre outros comportamentos, atividade excessiva, agitação constante, dificuldades de interação, embaraço motor e, na maioria dos casos, dificuldades de aprendizagem e sentimento de exclusão.

Estes alunos despertam, muitas vezes, inquietação junto dos professores e dos familiares, pois nem sempre é fácil lidar com os seus comportamentos. São crianças que, normalmente, requerem uma maior atenção e diferenciação de estratégias.

Considerámos que as crianças e jovens com PHDA sofrem porque são incompreendidas e apesar de, na atualidade, falarmos do termo “escola inclusiva”, estamos ainda muito longe dessa realidade. Ainda existem muitos preconceitos, muitas barreiras a transpor e efetivamente, as escolas parecem não estar preparadas para acolher no seu seio crianças com a designação de “necessidades educativas especiais” (NEE), na qual podemos incluir esta perturbação.

Os pais devem aprender a reagir aos limites dos seus filhos de maneira positiva e ativa. Aceitar o diagnóstico de PHDA significa aceitar a necessidade de fazer modificações no ambiente da criança. A rotina deve ser consistente e raramente variar. As regras devem ser dadas de maneira clara e concisa. Atividades ou situações em que já ocorreram problemas devem ser evitadas ou cuidadosamente planeadas. (Bastos; Bueno, 2001)

É fundamental que os pais entendam que simplesmente punir os filhos, não irá reduzir os sintomas de PHDA. A punição só trará mudança de comportamento para crianças com o transtorno, se for acompanhada de uma estratégia de controlo, relacionada apenas a um comportamento declaradamente desobediente.

“O ser humano, ao nascer, não tem ainda uma ética definida. E somos nós, os pais que temos esta tarefa fundamental e espetacular - passar para as novas gerações esses conceitos tão importantes e que conferem ao homem a sua humanidade” (Zagury, 2002).

A perspetiva das crianças acerca de si próprias é reflexo das perspetivas transmitidas pelos outros na interação social.

Desenvolver atitudes positivas para consigo é importante, mas as crianças ou os jovens necessitam de desenvolver também sentimentos de confiança em relação ao seu mundo.

É extremamente importante e necessário o envolvimento dos vários ambientes da criança, como os pais no ambiente familiar, os professores no ambiente escolar, e a própria criança, com o seu esforço e empenho pessoal. É, portanto, imperterível que a criança esteja motivada e que tenha uma boa perceção de si, bem como das suas potencialidades.

CAPÍTULO 7 – Limitações do Estudo e Linhas Futuras de Investigação

Todos os que privam com crianças / jovens com PHDA, família, docentes, técnicos, têm, se quiserem, acesso à informação sobre a PHDA, e poderão proporcionar à criança ou ao jovem estratégias diferenciadoras, mas que potencializem as suas capacidades. Agora, trabalhar o interior do indivíduo, estimulando a forma como ele se avalia e direcionando-o para o equilíbrio emocional é um grande desafio, desafio este que se considera fulcral para que estas crianças / jovens possam ser integrados na sociedade.

Uma das limitações deste estudo prende-se com a escassa informação sobre a relação entre hiperatividade e auto-estima. Grande parte dos autores refere que a auto-estima é influenciada pela PHDA, mas os estudos científicos que comprovem esta relação são escassos.

Após a realização deste trabalho, gostaríamos de continuar a investigação nesta área. Assim sendo, urge alertar a família e a escola para despertarem o desejo pelo saber, estimularem as potencialidades de crianças, jovens e adultos com PHDA através da afetividade e da confiança, fazendo com que eles se sintam capazes de romper barreiras, realizar sonhos, levando-os assim à satisfação pessoal, escolar e profissional.

Então, pretende-se alargar este estudo a um maior número de alunos com PHDA. Seria também pertinente envolver os pais, pois desta forma teríamos informação fidedigna sobre a qualidade das relações familiares, uma vez que, como percebemos, a família deverá assumir um papel de destaque na PHDA.

Assim sendo, chegaremos, certamente, a conclusões indispensáveis para se fazer uma intervenção concertada, indo ao encontro das expetativas de todos os intervenientes.

BIBLIOGRAFIA

- Altintas, A., & Asci, F. H. (2008). Physical Self-Esteem of Adolescents With Regard to Physical Activity and Pubertal Status. *Pediatric exercise science*, 20, 142-156. Recuperado de <http://journals.humankinetics.com/pes>.
- Antunes, N. L. (2009). Mal-entendidos. 2ª ed. Lisboa: verso da kapa, pp. 143-181.
- Antunes, C., Sousa, M. C., Carvalho, A., Costa, M., Raimundo, F., Lemos, E., ... & Andrade, A. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: efeitos diferenciais em alunos do 7º ao 10º ano. *Psicologia, saúde & doenças*, 7, 117-123.
- Associação Portuguesa de Investigação Educacional (2007). Hiperactividade. *Educação Diferente*. URL: <http://edif..blogs.sapo.pt/27752.html>. Consulta efectuada em 14 de maio de 2014.
- American Psychiatric Association (2002) – DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª edição. Lisboa: Climepsi
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. dos, & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 397-405. doi:10.1590/S0102-79722007000300007
- Bastos, F. L. Bueno, M. (2001). Diabinhos: Tudo sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ADD), 2001. Disponível em <http://www.profala.com/arteducesp28.htm>, consultado em 22 de abril de 2014.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., & Pineda D.A. (2003). Perfis neuropsicológicos y conductuales de niños com transtorno por deficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurologia*, 37(7), 608-15.
- Barkley, R. (2002). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade [reimpressão em 2007]. São Paulo: Artmed Editora.
- Barkley, A. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, A.(2007). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hiperactivity disorder in children. *Brain and Development* 2003, 25, pp.77-83.
- Baumeister, R .F. (1993). Understanding the inner nature of self-esteem. In R.F. - Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 201-218). New York: lenum.
- Bell, J. (1993) Como realizar um projecto de investigação. 2ª Edição. Lisboa Gradiva.

- Bernardo, R. P. S., & Matos, M. G. (2003). Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes, em meio escolar. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 3, 33–46.
- Blascovich, J., & Tomaka J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson & P. R. Shaver. (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115–160). San Diego,CA: Academic Press.
- Branden, N. (1995). O que é a auto-estima? In: Claret M. O poder da auto-estima. São Paulo. Coleção: O poder do poder.
- Bowker, A. (2006). Relationship Between Sports Participation and Self-Esteem During Early Adolescence. *The Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(3), 214-229. doi:10.1037/cjbs2006009
- Branco, A., & Fernandes, A. (2004). Terapêutica farmacológica na perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 35, 249-54.
- Brazelton, T. B. (2006). *O grande livro da criança* (9ª ed., M. M. Peixoto, Trad.). Lisboa: Editorial Presença.
- BROWN,L. et al (1993). Enseigner aux élèves gravement handicapés à accomplir des tâches essentielles em millieu detravail hétérogène. Wisconsin: University of Wisconsin e Madison Metropolitan School District.
- Boavida, J., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). A criança hiperactiva. *Revista Saúde Infantil*, 20 (3), 21-32.
- Boavida, J. (2006). Hiperactividade ou “má educação”. *Revista Saúde Infantil*, 28 (2), 3-5.
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 257-68.
- Burns, R. B. (1979). *The self-concept: Theory, measurement, development and behaviour*. New York: Longman Inc.
- Casique, C. L. (2004). El aprendizaje social en las actitudes del adolescentes frente de síndrome de inmunodeficiência. Dissertação (Mestrado de Enfermagem). Facultad de Enfermeria de Monterey; Universidade Autónoma de Nuevo Léo, Moterrey México.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.
- Campbell, J. D., & Lavalley, L. F. (1993). Who Am I? The role of self concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. F.

Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 13-20). New York: Plenum Press.

- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalle, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156.

- Campbell, J. D., & Lavallee, L. F. (1984). Who Am I? The role of self concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 13-20). New York: Plenum Press.

- Castellanos F., & Acosta, M. (2004). Neuroanatomía del transtorno por deficit de atención com hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 38(1), 131-6.

- Castellanos, F., Brooke, M., & Neidich, D. (2008). La edad puede cambiar algunas expresiones del transtorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), especialmente en cuanto a la impulsividad y la hiperactividad. *Biological Psychiatry*, 63(3), 332-37.

- Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37-54.

- Carvalho, R. E. (1998) *Temas em educação especial*. Rio de Janeiro: WVA

- 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.

- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.

- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc. (Original publicado em 1967).

- Delaney, W., & Lee, C. (1995). Self-esteem and sex-roles among male and female high-school- students - their relationship to physical-activity. *Australian Psychologist*, 30, 84-87. doi: 10.1093/10.1080/00050069508258908

- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dinov, I., Christou, N., & Sanchez, J. (2008). Central Limit Theorem: New SOCR Applet and Demonstration Activity. *Journal of Statistics Education*. 16, 1-15. Recuperado de <http://www.amstat.org/publications/jse/>
- DSM-IV-R, Ed. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dugas, M. (1987). L'hyperactivité chez l'enfant. *Presses Universitaires de France*. Paris: Série Nodules.
- DuPaul, G.J & Stoner. (2007). TDHA nas Escolas e Estratégias de Avaliação e Intervenção. São Paulo: M. Books.
- DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erkut, S., & Tracy, A. J. (2002). Predicting Adolescent Self-Esteem from Participation in School Sports among Latino Subgroups. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 24, 409-429. doi:10.1177/0739986302238212
- Falardeau, G. (1999). As Crianças Hiperactivas, Portugal Edições CETOP.
- Farré, A., & Narbona, J. (2003). *Escala para la evaluación del transtorno por déficit de atención con hiperactividad* (5ª ed.). Madrid: TEA Ediciones [Comercializado em Portugal pela CEGOC-TEA].
- Faria, L., & Azevedo, A. S. (2004). Manifestações Diferenciais do Autoconceito no fim do Ensino Secundário Português. *Paidéia*, 14, 265-276. doi:10.1590/S0103-863X2004000300003
- Faria, L., & Silva, S. (2001). Promoção do auto-conceito e prática de ginástica de academia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6, 45-57.
- Feldman, J. R. (2002). *Autoestima: como desarrollarla?; Juegos, Actividades, Recursos, Experiencias*. Madrid: Narcea.
- Fernandes, A. (2001). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 32, 91-8.

- Findlay, L. C., & Bowker, A. (2009). The Link between Competitive Sport Participation and Self-concept in Early Adolescence: A Consideration of Gender and Sport Orientation. *Youth Adolescence*, 38, 29–40. doi:10.1007/s10964-007-9244-9
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico*. Porto: Afrontamento.
- Folsom-Meek, S. (1991). Relationship among attributes, physical fitness, and self-concept development of elementary school-children. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 379-383. doi:10.2466/pms.1991.73.2.379
- Fox, K. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Fox, K. (2000). Self-esteem, Self-perceptions and Exercise. *International Journal Psychology*, 31, 228-240.
- Friedman, R. J., & Doyal, G. T. (1992). *Management of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (3rd ed.). Austin, TX: Pro.ed.
- Fonseca, A., Rebelo, J., Simões, A., & Ferreira, J. (1995). A relação entre comportamentos anti-sociais e problemas de hiperactividade no ensino básico: Dados dum estudo empírico. (1995). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 29 (3), 107-118.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Fowler, M. (2000). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Washington: D.C.: Author. URL: <http://www.kidsource.com/NICHCY/ADD1.html>. Consulta efectuada em 15 de Abril de 2013.
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madri: Paraninfo.
- García I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J.C. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos* (3a Ed., M. A. da S. P. Araújo, Trad.). São Paulo: Phorte Editora.
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Wells, B. E., & Maitino, A. (2009). Gender Differences in Domain-Specific Self-Esteem: A Meta-Analysis. *American Psychological Association*, 13, 34–45. doi: 10.1037/a0013689

- 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.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gobitta, M., & Guzzo, R. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 143-150. doi:10.1590/S0102-79722002000100016
- Goffredo, V. F. (2007) *Sénechal de. Fundamentos da Educação Especial*. Rio de Janeiro: UNIRIO/CEAD.
- Goldstein, S. (2006) *Hiperatividade: Compreensão, Avaliação e Atuação: Uma Visão Geral sobre TDAH*. Artigo: Publicação.
- Gonçalves, M. I. (2004). *Uso do Sensoriamento Remoto na Produção do Conhecimento Escolar*. São José dos Campos, INPE.
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia – USP*.
- Gullotta, T. P. (2000). *Adolescent Experience*. San Diego: Academic.
- Hald, A. (1998). *History of Mathematical Statistics from 1750 to 1930*. New York: Wiley.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Harter, S. (1986). Cognitive-developmental processes in the integration of concepts about emotions and the self. *Social Cognition*, 4, 119-151.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving the self- concept. In Bracken, B. (Ed) *Handbook of self-concept: developmental, social, and clinical considerations*. Willey, New York.
- Harter, S. (1993). Visions of Self. Beyond the me in mirror. In J. E. Jacobs (Ed.), *Developmental Perspectives on Motivation* (pp. 99-144). Lincoln: University of Nebraska.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates and functional role of global self-worth: a life span perspective. In K. J. Sternberg (Ed.), *Perceptions of competence and incompetence across the life span* (pp. 67-97). New Haven: Yale University Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

- Henk, T. (2004). *Understanding Probability: Chance Rules in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press. Inês Paulo Feliciano & Rosa Marina Afonso 264
- Hebebrand, J. (2007). Três variantes genéticas ligadas à hiperactividade. (Tradução portuguesa). *Molecular Psychiatry*. URL: <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article&sid=2588>.
- Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., & Milich, R. (2000). Attention-deficit /hyperactivity disorder and control boys' responses to social success and failure. *Child Development*, 71, 432-446.
- 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.
- Johnson, O. T. (1996). *Information theory and the central limit theorem*. London: Imperial College Press.
- Jonovska, S., Franĳkovi, T., Kvesi, A., Nikoli, H., & Brekalo, Z. (2007). Self-Esteem in Children and Adolescents Differently Treated for Locomotory Trauma. *Collegium Antropologicum*, 31, 463–469.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (1993). *Méthodologie du recueil d'informations*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Klartag, B. (2007). A central limit theorem for convex sets. *Inventiones Mathematicae*, 168, 91–131. doi:10.1007/s00222-006-0028-8
- Kling, K.C., Hyde, J. S., Showers, C.J., & Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500. doi:10.1037/0033-2909.125.4.470
- Klomsten, A. T., Skaalvik, E. M. & Espnes, G. A. (2004). Physical self-concept and sports: do gender differences still exist? *Sex Roles*, 50, 119-127. doi:10.1023/B:SERS.0000011077.10040.9a
- Kennedy., P. Terdal., & L. Fusetti, L. (1994). *The hyperactive child book*. New York: St. Martin's Press.
- Laevers, F. (2004a). Competences in teacher education. Implications of a process oriented approach. International conference improving quality of education – Working on basic competences in teacher education, a process oriented approach (Socrates Project 2003-0200 001-002 SO2 61OBGE). Leuven, Belgium, 18-20 November 2004.

- Laevers, F. (2006). Making education more effective, well-being and involvement as the guides. International conference strengthening innovation and quality in education. Leuven, Belgium, 21-24 Novembro 2006.
- Lee Brattland Nielsen (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: Um Guia para Professores*. Col. Educação Especial. Porto: Porto Editora.
- Lopes, J. (1998). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação*, Braga: SHO.
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- McArdle A. et al (2007) “Emp.loyability during unemployment: Adaptability, career identity and human and social capital,” *Journal of Vocational Behaviour*.
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (002), 379-99.
- 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.
- MacTavish, K., & Salamon, S. (2003). What do rural families look like today? In D. L. Brown & L. E. Swanson (Eds.), *Challenges for rural America in the twenty-first century* (pp. 73-85). University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. (2ª Ed.) Lisboa: Edições Silabo.
- Marsh, H. W. (1992). Extracurricular activities: Beneficial extension of the traditional curriculum of subversion of academic goals? *Journal of Educational Psychology*, 84, 553-562. doi:10.1037/0022-0663.84.4.553
- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430. doi:10.1037/0022-0663.81.3.417
- Mckay, M. (1991). *Autoestima: Evaluación y Mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mota, M. P., & Cruz, J. F. A. (1998). Efeitos de um programa de exercício físico na saúde mental. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3, 299-326.
- Miranda, B. (2008) Método Quantitativo versus Método Qualitativo [texto colocado no blog adrodomus.blogspot.pt], enviado para o blog <http://adrodomus.blogspot.pt/2008/06/mtodo-quantitativo-versus-mtodo.html>.

- Moujan, O. P. (1986). *Abordaje teorico y clínica del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Murphy, G. (1947). *A Biosocial Approach to Personality: Origins and Structure*. Harper & Row Publishers.
- Narbona, J. (1999). Fisiopatologia del TDA-H. *Revista de Neurologia*, 28(2), 160-4.
- National Institute of Mental Health (2004). A look at attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Department of health and human services*. URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-look-at-attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete.pdf>. Consulta efetuada em 22 de janeiro de 2013.
- Osman, B. (1997). *Learning disabilities and ADHD: A family guide to living and learning together*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 317-334.
- Parker, H. (2006). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto Editora.
- Peixoto, F. (1996b). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares em adolescentes. In L. Almeida, J. Silvério & S. Araújo (Eds.), *Actas do 2º Congresso Galaico- Português de Psicopedagogia*, (pp. 145-150). Braga: Universidade do Minho.
- Pfiffner, L. J. & Barkley, R. A. (1998). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2d ed) (pp. 458-490). New York: Guilford.
- Pelham, W.E., & Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In E. D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp.311-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. M. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for ADHD. *Journal of Child Clinical Psychology*, 27, 189 – 204.
- Pereira, M., Fonseca, A. C., Fernandes, J. B., Simões, M. R., Oliveira, M. G., Rebelo, J., et al. (1998). Dificuldades de Aprendizagem (LD) e Hiperatividade (ADHD): Estudo comparativo. *Psychologica*, 19, 141-163.

- Pinho, A., Mendes, L., & Pereira, M. (2007). Perturbação hiperactiva com défice de atenção: Um problema negligenciado. Universidade Lusíada. URL: <http://www.profala.com/arthiper9>. Consulta efectuada em 22 de Fevereiro de 2013.
- Phelan, T. (2005). Transtorno de déficit de atenção e Hiperactividade: sintomas, diagnósticos e tratamento. São Paulo: M. Books do Brasil Ed.
- Plummer, D. (2005). *Self-esteem Games for Children*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Polaino-Lorente, A. (2004). *Família e auto-estima*. Barcelona: Ariel.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689.
- Quiles, M. J., & Espada, J. P. (2009). *Educar para a auto-estima: Propostas para a escola e para o tempo livre* (2ª Ed.). Sintra: K Editora.
- Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. Braga: Edições APPACDM.
- Ribeiro, J. L. P. (2003). *Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Apreciação Pessoal ou Auto Estima para Contexto de Saúde*. *Psicologia e Educação*, 3, 59-66 Recuperado de <http://www.fpce.up.pt>
- Rebelo, J. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperactiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XX(20), 203-218.
- Rief, S. (1993). *How to reach and teach ADD/ADHD children: practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity*. New York: The Center for Applied Research in Education.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423– 434.
- Rodrigues A. e Antunes N. (2014). *Mais Forte do que Eu*. Edição Lua de Papel.
- Romero et al (2002). *Salud y nutrición. La auto-estima*.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg numa amostra de Adolescentes da região Interior Norte do País. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 109-116. Recuperado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_serial&pid=1645-0086&lng=pt
- Rosenberg, M. & Simmons, R. (1965). Sex differences in self-concept in adolescence. *Sex Roles*. N° 1, pp. 147-159.

- Rosenthal, J. S. (2000). *A first look at rigorous probability theory*. London: World Scientific Publishing.
- Rohde, L. A., Barbosa, G. A., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (Supl. II). Recuperado em 10 jun. 2009, em, <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>
- Salgueiro, E. (1996). *Crianças inquietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.
- Smith, C. e Strick, L. (2001) *Dificuldades de Aprendizagem de A a Z*. 1ª ed. Ed. Artes Médicas.
- Szerman, N. (2008). TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Madrid: *Draft Editores*.
- Silva, M (2008). *Gestão das Aprendizagens na Sala de Aula Inclusiva*. Coleção Ciências da Educação. Edições Universitárias Lusófonas.
- 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.
- Sonstroem, R. J. (1984). The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem. In K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being*. (pp.11-21). Champaign: Human Kinetics.
- Sonstroem, R. J. (1997). The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem, Fox, Kenneth R. (Ed). (1997). *The physical self: From motivation to well-being*. (pp. 3-26). Champaign, IL, US: Human Kinetics.
- Spencer et al. (2003) *Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*. London: Cabinet Office.
- Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- 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 Adol- Vincent B Van Hasselt; M Hersen; B S Egan; J L McKelvey; L A Sisson* (1989) Increasing social interactions in deaf-blind severely handicapped young adults. *Behavior modification*;13(2):257-72.
- *escent Psychiatry*, 13(Suppl. 1), 1/7-1/30.

- Torres, R.M., & Fernandez, P. (1995). Self-esteem and value of health a determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health, 16*, 60-63.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., & Robins, R.W. (2002). Stability of self-esteem~across life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 205-220. doi:10.1037/0022-3514.84.1.205
- Vasquez, I. (1997). Hiperatividade: Avaliação e Tratamento. In BAUTISTA, R (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (1st ed, pp. 159 -184). Lisboa: Dinalivro.
- Vaz Serra, A. V. (1986). A importância do Autoconceito. *Psiquiatria Clínica, 7*, pp. 57-66.
- Watson, D., Suls, J., & Haig. J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 185-197.
- Weiler, J. (1998). *The athletic experience of ethnically diverse girls*. ERIC Digest, New York: ERIC Clearinghouse on Urban Education.
- Weinberg, R.S., & Gould, D. (2001). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício*. (M. C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Whitebread, D. (1996) 'The Development of Children's Strategies on an Inductive Reasoning Task', *British J. of Educational Psychology, 66*, 1, 1-21
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations. A normative view. *Academy of Management Review, 7*(3). 418-428.
- 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.
- 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.
- Wilkinson, W. & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the Classroom: Symptoms and Treatment. (Edited by: FITZGERALD, M.; BELLGROVE, M. & GILL, M., 2007). *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. John Wiley & Sons, Ltd
- Wylie, R. C. (1979). *The self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Wylie, R. C. (1989). *Measures of self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Yang, R. Y., & Fetsch, R. J. (2007). The Self-Esteem of Rural Children. *Journal of Research in Rural Education*, 22, 1-7. Recuperado de <http://www.jrre.psu.edu/articles/22-5.pdf>
- Yin, R.K. (2005) Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zabell, S. L. (2005). *Symmetry and its discontents: essays on the history of inductive probability*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zagury, T. (2002). Limites sem trauma: construindo cidadãos. 43 ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Ed. Record.

ANEXOS
