



## OBSERVAR PARA INTERVIR... AS CRIANÇAS COM PHDA NA AULA REGULAR DO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO PORTUGUÊS

Ernesto Candeias Martins\*

Olga Carapeto\*\*

### Resumo

O estudo aborda a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) em salas de aula do 1º Ciclo com intuito de compreender melhores estratégias e apoios para professores intervirem. A forma como a PHDA é encarada por professores e pais pode melhorar problemas de comportamento, aprendizagem e relações dessas crianças em sala de aula. É um estudo de caso de investigação qualitativa em educação especial. Aplicou-se em duas crianças de Agrupamentos de Escola diferentes programa de intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjales Villar, cuja eficácia é medida na escala de Conners aos pais e professores e nos critérios do DSM IV, em um pré e pós-teste. Registámos, realizámos entrevistas com respetiva análise de conteúdo documental, comparando resultados obtidos nas crianças. Nos pré e pós-teste, os valores das subescalas avaliadas diminuíram, inclusive no índice de défice de atenção e hiperatividade de Conners.

**Palavras-chave:** PHDA. Intervenção cognitivo-comportamental. Educação especial. Inclusão. Ensino básico.

### Abstract

**Observe to intervene... Children with ADHD in the regular class of the 1st Cycle of basic education in Portuguese.** The study addresses the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in classrooms of the 1st Cycle in order to understand the best strategies and supports for the teachers intervention. The way ADHD is seen by teachers and parents can improve behavioral and learning problems and the relationship of those children in the classroom. This is a case study of a qualitative research in special education. The cognitive-behavioral

\*Doutor em Ciências da Educação, professor do ensino superior, coordenador do Curso de Educação Básica e membro da coordenação de vários mestrados em Educação no Instituto Politécnico Castelo Branco/Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB/ESECB), Portugal.

E-mail: ernesto@ipcb.pt.

\*\*Mestre em Educação Especial, professora do ensino especial em vários Agrupamentos de Escolas do 1º ciclo do ensino básico, IPCB/ESECB.

E-mail: olgacarapeto@gmail.com.

*Recebido para publicação em:*  
28.10.2013

*Aprovado em:* 04.01.2014

intervention program of Isabel Orjales Villar was applied in two children of different School Groups, which effectiveness is measured on Conners' scale with parents and teachers, and in DSM IV criteria, in a pre and post-test. Records and interviews were carried out with the corresponding documental content analysis, comparing the results obtained from children. In the pre and post-test, the subscale values evaluated decreased, and also the attention deficit and hyperactivity index of Conners.

**Keywords:** ADHD. Cognitive-behavioral intervention. Special education Inclusion Basic education.

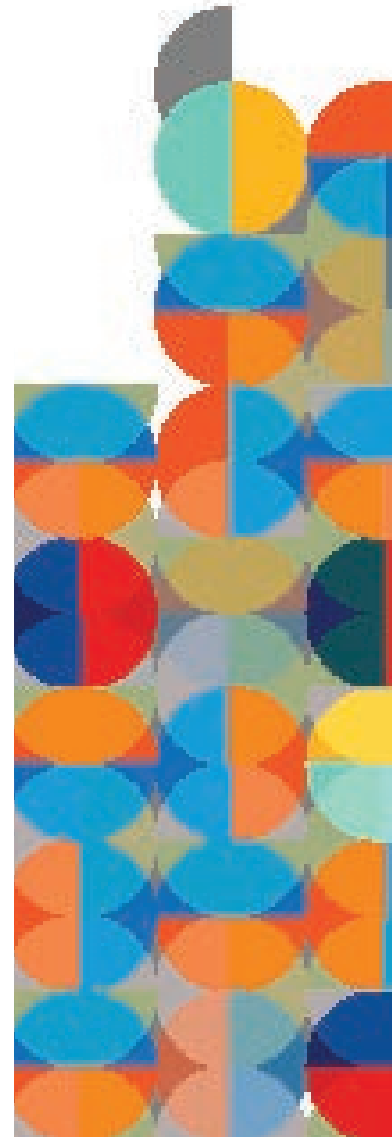
## Resumen

**Observar para intervenir... Niños con TDAH en la clase regular del 1<sup>er</sup> Ciclo de la enseñanza básica en portugués.** El estudio aborda el Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en las clases del 1<sup>er</sup> Ciclo con el fin de entender las mejores estrategias y ayudas para la intervención de los maestros. La manera como el TDAH es visto por los maestros y padres puede mejorar los problemas de conducta, aprendizaje y las relaciones de estos niños en el aula. Es un estudio de caso de investigación cualitativa en educación especial. El programa de intervención cognitivo-conductual de Isabel Orjales Villar se aplicó en dos niños de diferentes Grupos Escolares, cuya eficacia se mide en la escala de Conners a los padres y maestros, y en los criterios del DSM IV, en un pre y post-test. Se ha registrado y realizado entrevistas con el respectivo análisis del contenido documental, comparando los resultados obtenidos de los niños. En el pre y post-test, los valores de las subescalas evaluadas disminuyeron, incluso en el índice de déficit de atención e hiperactividad de Conners.

**Palabras clave:** TDAH. Intervención cognitivo-conductual. Educación especial. Inclusión. Enseñanza básica.

## Introdução

O estudo insere-se na área das ciências da educação, no domínio da educação especial – cognitivo e motor, tendo como tema a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) das crianças do 1<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico em Portugal, em uma tentativa de compreender e apoiar não só alunos com esse diagnóstico, mas também orientar com estratégias pedagógicas a intervenção dos professores. A investigação, inserida no âmbito do Projeto de Intervenção com Crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), no contexto de sala de aula regular, na modalidade de estudo de caso, foi realizada a duas crianças (A, B) com PDHA, cada uma pertencente a Agrupamentos de Escolas diferentes da região de Castelo Branco (designados 'AECA' e 'AECB') em 2012. Pretendeu-se analisar dificuldades de comportamento, de aprendizagem e nas relações com outros alunos, sentidas diariamente pelos professores e pais/encarregados de educação dessas crianças (LOPES, 2003).



É sabido que a PHDA manifesta-se precocemente, embora cause, regra geral, mais problemas na escola, pois o controlo da atenção e da atividade são de extrema importância não só para a aprendizagem escolar como na integração social e educativa das crianças. Para os professores, esses alunos necessitam mais da sua energia, atenção, paciência, tempo e, em muitos casos, são o motivo da própria frustração como profissionais da educação. São alunos difíceis de ensinar, com progressos lentos, requerendo, por vezes, intervenção especializada (BARKLEY, 2002).

Desse modo, essas crianças necessitam de apoio especializado da Equipa de Educação Especial ou de apoio pedagógico personalizado do professor de educação especial. Sabemos que a educação especial tem por objetivo cumprir os direitos das crianças no contexto da educação inclusiva, acedendo ao currículo e ao sucesso educativo. A inclusão educativa e social é fundamental para preparar para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego de crianças e jovens com NEE (SELIKOWITZ, 2010).

Quando a família falha, cabe à escola (inclusiva) dar respostas adequadas ao desenvolvimento global de todas as crianças. Porém, tal só acontece quando temos conhecimento de suas problemáticas, percebendo a disfunção que se encontra oculta e que não lhes permite ter um comportamento e uma aprendizagem igual a seus pares.

Considerámos como objetivos de fundamentação: determinar o tipo de dificuldades (comportamental, aprendizagem, relações) com que os professores do 1º Ciclo do ensino básico se deparam, no contexto escolar, com crianças com PHDA (projeto educativo individual); propor estratégias de melhoria do comportamento e aprendizagem dos alunos com PHDA; melhorar a relação das crianças com PHDA com os outros pares; contribuir para um novo olhar à PHDA no âmbito da educação especial.

Para executarmos esses objetivos, aplicámos o programa de intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjales Villar à Criança A, comparando os resultados com a Criança B, ambas com PHDA, e ainda utilizámos a Escala de Conners e os critérios do DSM-IV-TR, nas fases de pré e pós-teste, com professores e pais dessas duas crianças. Servimo-nos da triangulação metodológica e de dados provenientes da observação, análise documental, entrevistas, escalas de Conners e do programa de intervenção para fundamentar perguntas de investigação levantadas. O estudo contribuiu para aumentar conhecimentos da intervenção cognitivo-comportamental e capacidade de compreensão da PHDA, tendo em conta outros dois estudos similares, com aplicação do mesmo programa, um em Portugal (Elvas) (CANDEIAS, 2012) e outro em Espanha (Badajoz) (DE CELIS, 2012), o que valorizou a eficácia do programa no contexto do sistema educativo português na área da educação especial.

## Estado da arte: enquadramento teórico-conceitual

Inicialmente, a PHDA descrevia um conjunto de aspetos nas crianças com sintomatologia comportamental muito semelhante às crianças hiperativas e

perturbação de oposição (LOURENÇO, 2009). Desde então, o interesse, a investigação e os conhecimentos sobre essa perturbação têm vindo a crescer e a renovar-se de forma versátil. Surgiram três grandes perspectivas quanto à definição da perturbação e de suas formas de diagnóstico: americana, francesa e a da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Contudo, é a Associação Americana de Psiquiatria que mais se tem dedicado ao estudo das crianças com PHDA. Em 1968, a contemplou como uma categoria diagnóstica no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-II) com a designação de *Distúrbio Hiperactivo da Infância*. Na década de 1970, em especial com os trabalhos de Virgínia Douglas, o défice de atenção começa a emergir como aspeto central da perturbação, obrigando à sua redefinição conceptual.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) desenvolvida pela OMS designa aquela perturbação por “Transtorno Hiperactivo”, apresentando algumas alterações relativamente aos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria (2002). Dessa forma, podemos considerar que existem dois sistemas para classificar a mesma perturbação. Enquanto os critérios da CID-10, utilizados na Europa e no Brasil, são muito restritivos ao não permitirem a realização do diagnóstico desde que não estejam presentes os sintomas de hiperatividade, o DSM-IV, utilizado nos EUA, baseia-se no critério diagnóstico operacional das pesquisas científicas em PHDA (GREVET, 2005). As definições mais utilizadas pela APA, pelo Brasil e pela Europa é a da revisão da quarta edição do Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria.

Assim, uma grande percentagem de indivíduos que apresenta sintomas de défice de atenção não é diagnosticada. Tal acontece porque a hiperatividade para a OMS é uma desordem, cujas características principais são o défice da atenção e a distração. Para a maioria dos autores (POLAINO-LORENTE; ÁVILA, 2004), as características essenciais para a elaboração do diagnóstico da PHDA são: défice de atenção; impulsividade; hiperatividade. Segundo os critérios do DSM-IV, também são criticados por ser um sistema operacional muito sensível e pouco específico para a PHDA, o que origina aumento da prevalência de indivíduos classificados como portadores dessa problemática. Devemos ainda salientar que apesar de não existir consenso quanto aos critérios mais aconselháveis para diagnosticar a PHDA, esse consenso existe com relação à existência dos três subtipos de PHDA e que só podem ser diagnosticados se forem usados os critérios do DSM-IV (GOMES, 2012; LOPES, 2003).

Durante muito tempo, a hiperatividade foi considerada como sendo a característica mais marcante da PHDA, no entanto, estabeleceram-se diferentes tipos de PHDA (DSM IV-TR) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002): desordem por défice de atenção e/ou hiperatividade, tipo predominantemente caracterizado pela desatenção/tipo predominantemente desatento; desordem por défice de atenção e/ou hiperatividade, tipo predominantemente caracterizado pela hiperatividade, impulsividade de tipo predominantemente hiperativo-impulsivo; desordem por défice de atenção e/ou hiperatividade, tipo misto ou combinado.



Em nossa opinião, qualquer que seja um dos tipos de PHDA que a criança apresente é, sem dúvida, uma problemática que está presente na criança e, sendo assim, há uma disfunção em seu organismo que lhe vai afetar o normal desenvolvimento cognitivo e afetivo, podendo pôr em risco seu domínio motor devido à hiperatividade, impulsividade e ao déficit de atenção.

As características da PHDA são incompatíveis com o rendimento acadêmico, dificultam o comportamento na aula e favorecem a perda de informação. Desse modo, crianças com déficit de atenção têm uma disfunção relacionada ao suporte cerebral para controlar a impulsividade e selecionar os estímulos a que devem prestar atenção. Grande parte dessas crianças toma medicação, mas verifica-se que é inevitável intervenção psicopedagógica para ajudar a criança a estruturar os próprios recursos que lhe permitem controlar respostas impulsivas, planificar e organizar seu comportamento, com o apoio dos pais/família (VILLAR; POLAINO-LORENTE, 2001).

Sabemos que o direito à educação é um direito de todos, de tal modo que o Decreto-lei n. 3/ 2008, de 7 de janeiro, refere que a educação inclusiva tem por objetivo garantir a igualdade de oportunidades, quer no acesso quer nos resultados dos alunos que possuem necessidades educativas especiais. Em geral, todos os alunos têm necessidades educativas especiais, a diferença é que umas são visíveis ou facilmente perceptíveis, enquanto outras ficam escondidas, de tal modo que há professores que demoram a detetar essas perturbações ou irregularidades na turma do regular. Para crianças com sintomas leves e moderados de PHDA, as estratégias adotadas pelo professor podem ser suficientes, mas elas necessitam de apoios específicos de professores especializados (GOMES, 2012; RIBEIRO, 2011; VIEIRA, 2009).

## Metodologia empírica

A presente investigação qualitativa, na modalidade de estudo de caso, baseia-se nas características referidas por Merriam (1998), indo ao encontro da necessidade de compreender as dificuldades sentidas pelos professores e pais/ encarregados de educação de crianças com PHDA diagnosticadas em contexto escolar do 1º Ciclo do ensino básico, tendo como objetivo aplicar um programa de intervenção.

## As perguntas orientadoras da investigação

Estabelecemos as seguintes perguntas de investigação oriundas dos dados e dos propósitos formulados no problema:

**\*Perg. 1:** Como melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos com PHDA na sala de aula do 1º Ciclo do ensino básico?

Atualmente, devido ao elevado número de crianças em cada turma, torna-se ainda mais difícil conseguir dar o apoio necessário que cada uma carece:

As principais queixas dos professores contra a criança hiperativa assestam no facto desta não conseguir permanecer no seu lugar, de

incomodar os colegas durante o trabalho, de não se concentrar nas explicações do professor ou de não realizar as atividades que lhe são propostas (POLAINO-LORENTE; ÁVILA, 2004, p. 34).

Sendo assim, se o número de alunos aumenta na turma, logo diminui o tempo que o professor tem para responder, de forma individualizada, às necessidades e capacidades dos seus alunos, em especial aos que apresentam maiores dificuldades.

**\*Perg. 2:** Qual conhecimento o professor tem sobre a problemática das crianças com necessidades educativas especiais (NEE) e, em particular, com PHDA?

É fundamental conhecer a problemática para compreendermos crianças com NEE, pois, segundo Selikowitz (2010), assim que se determinar que as dificuldades da criança são originadas pela PHDA, temos de olhar para ela como se olhássemos para alguém cujos comportamento e insuficiências de aprendizagem se devem a incapacidades ocultas, não provocadas pelos pais. Desse modo, os professores devem ser compreensivos com essas crianças, estabelecendo intervenção específica.

**\*Perg. 3:** Será que o professor do 1º Ciclo adequa seu papel/perfil e sua prática pedagógica aos alunos com PHDA?

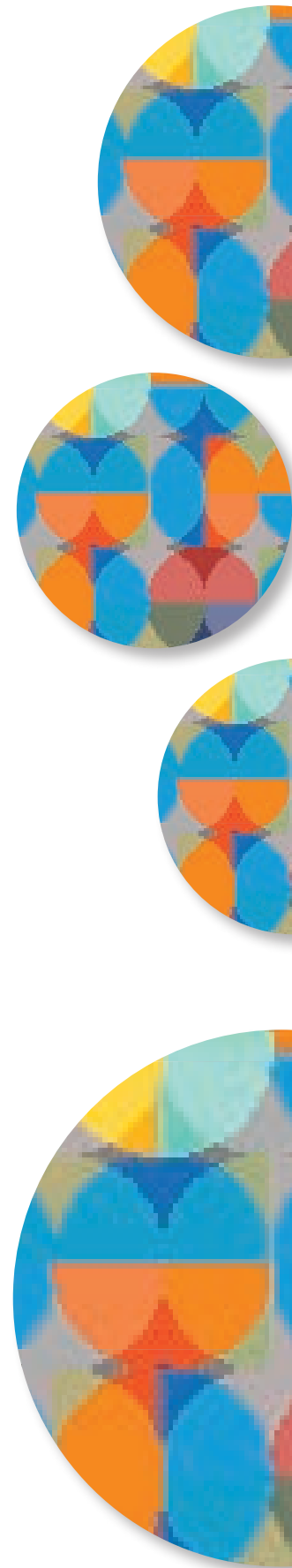
A educação inclusiva obriga a uma reactualização profissional, pedagógica e cultural de modo que a aplicação de estratégias e formas de intervenção possibilitem melhorar aprendizagem e relações das crianças com NEE e, em especial, com dificuldade intelectual e de desenvolvimento (DID).

**\*Perg. 4:** Como pode o professor contribuir para melhorar a relação entre alunos com PHDA e outros?

É importante o bem-estar afetivo-emocional dos alunos para conseguirmos melhorar o comportamento, a aprendizagem e as relações intra e interpessoais (VIEIRA, 2009). Os problemas de inter-relação da criança com PHDA com os colegas surgem devido à impulsividade e hiperatividade, as quais condicionam as relações com os pares (LOPES, 2003), dificultando sua integração social, seja porque respondem antecipadamente ou porque (re)agem impulsivamente.

**\*Perg. 5:** No contexto escolar do 1º Ciclo da educação básica, existem diferenças no comportamento da criança com PHDA que se submeteu à aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjais?

Deve-se saber se a perspectiva médico-biológica orienta-se para o tratamento ao indivíduo, recomendando procedimentos após o diagnóstico, que consistem no tratamento combinado de medicamentos e programas de intervenção educacional ou psicoterapêuticos, de modo a desenvolver estratégias compensatórias. Sabendo que a PHDA não tem cura, ela deve ser encarada como perturbação do desenvolvimento. Daí que os professores e família devem saber lidar com ela e procurar controlar e diminuir a frequência de seus sintomas (LOPES, 2003; LOURENÇO, 2009; RIBEIRO, 2011).



## Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Para dar resposta às perguntas de investigação, utilizámos, além de notas de campo, diário de investigação e triangulação, as seguintes técnicas:

(1) Observação documental. Consulta a documentos relativos aos processos dos alunos, os Projetos Curriculares de Turma (PCT's), com vista a recolher informações sobre a caracterização dos Agrupamentos, escolas e turmas das crianças (A, B) com PHDA; os Programas Educativos Individuais (PEI's) das crianças com PHDA; relatórios médicos que evidenciam suas problemáticas; relatórios dos professores das turmas, que relatam aspetos das crianças sobre as relações com as outras, as dificuldades e os progressos nas diferentes áreas curriculares; Projeto Educativo dos Agrupamentos de Escola sobre a contextualização das crianças em estudo. Todos esses documentos foram analisados em seu conteúdo, sendo consultados nas próprias escolas, após autorização prévia (protocolo e termo de consentimento e livre aceitação) dos diretores dos Agrupamentos, professores de turma e pais/encarregados de educação das crianças (A, B).

(2) Entrevistas semiestruturadas (professores da turma, encarregado de educação das crianças A e B). Elaborámos um guião da entrevista com parâmetros relacionados a: características da PHDA no contexto familiar e escolar; tipos de dificuldade, de apoio, tratamento, condições humanas e materiais; relação com os outros; intervenção cognitivo-comportamental. A análise de conteúdo das entrevistas foi dividida em categorias e subcategorias, tais como: 1- tipos de dificuldade (contexto familiar e escolar); 2- tipos de apoio usufruídos (encarregado de educação/ mãe/ educanda/ professor); 3- condições (materiais, humanas) nas escolas; 4- relação com os outros; 5 - tipo de intervenção; 6- intervenção cognitivo-comportamental (conhecimento, resultados, importância do programa). As duas entrevistas foram divididas em parâmetros, de forma a facilitar a categorização da informação.

(3) Observações naturais, sistemáticas e espontâneas na sala de aula e recreio às crianças A e B. Elaborámos uma matriz de observação para nos orientar e facilitar o registo descritivo dos períodos de observação. Esses períodos ocorreram semanalmente, tendo a duração de 60 minutos, sempre à mesma hora, ficando o observador como espetador sem interferir no decorrer da aula. O objetivo foi o de recolher informação sobre comportamento e relações das crianças A e B, dentro e fora da sala de aula.

(4) Escala de Conners e Critérios de Diagnóstico da PHDA do DSM-IV-TR para pais e professores. As escalas de Conners pretendem avaliar a melhoria no comportamento da criança hiperativa, como consequência do tratamento farmacológico, fazendo parte da bateria normalizada do Instituto Nacional de Saúde Mental de Washington (POLAINO-LORENTE; ÁVILA, 2004). Articula quatro fatores básicos (oposição, défice de atenção, hiperatividade-impulsividade e índice da PHDA) a par com os critérios de diagnóstico da PHDA definidos no DSM-IV-TR. Aplicámos a *Escala de Conners para Professores* e a *Escala de Conners para Pais* – versões revistas (forma reduzida) de Keith Conners (1997) e a adaptação de Ana Nascimento Rodrigues (JORGE, 2007). O professor e os pais indicavam com que frequência ocorria o



comportamento descrito para a criança em causa, de acordo com uma escala Likert de 4 pontos (valores 0='nunca', 1='um pouco', 2='frequentemente' e 3='muito frequentemente'). Após a aplicação das Escalas, seguimos os seguintes procedimentos: cotar as respostas dadas pelos professores e pais (chamado "resultado bruto"); resumir e interpretar os resultados da avaliação anterior em três indicadores só numa grelha (resultado bruto; resultado normativo ou score e percentil). Importa ainda referir que para transformar o resultado bruto (soma total do valor das respostas assinaladas pelos professores e pais) em resultado normativo (score T) é necessário analisar a grelha do perfil (sexo masculino ou feminino) correspondente a cada criança. Tendo o valor do 'score T' interpretámos a grelha de 'scores T' e respetivos percentis. Ou seja, a aplicação das escalas caracterizou os sujeitos, em um pré e pós-teste, de forma a verificar a eficácia do programa aplicado.

(5) Programa de Intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjais. A primeira versão deste programa foi desenvolvida em Madri, em 1991, inspirado em Kendall, Padawer e Zupan (1980). Trata-se de uma ajuda prática para terapeutas que trabalham com crianças com PHDA, na base de três subtipos: predomínio de falta de atenção, predomínio de hiperatividade-impulsividade ou predomínio tipo combinado com idades compreendidas entre 6 e 12 anos. A eficácia do programa depende das considerações estabelecidas (VILLAR; POLAINO-LORENTE, 2001, p. 59-60). As sessões adaptam-se às características de cada criança, seguindo o manual de aplicação (descrição das sessões e do material). O programa foi concebido em 30 sessões, quatro vezes por semana, sempre à mesma hora (das 9 horas às 11 horas), de janeiro a abril, em determinadas atividades escolares. Efetuámos alguns procedimentos para conseguirmos adaptar da melhor maneira o referido programa de intervenção, tendo sido validado por juízes, quer na sua estrutura (especialistas em investigação), quer a sua tradução para o português (duas professoras de português). Iniciámos a fase de intervenção com a criança A (experimental) na escola, em uma sala à parte, de acordo com as orientações seguidas do programa e respeitando suas capacidades e necessidades. A ordem de aplicação só se modificou no momento de apresentação e recolha das cartolinas na atividade "*Protagonista da semana*", de forma que a criança figurasse como protagonista durante uma semana completa. Em cada uma das sessões, apresentámos os objetivos e as orientações práticas a desenvolver.

O programa constituiu uma estratégia orientada para alterar o comportamento dos alunos com PHDA, interferindo no modo como eles pensam, vivem e interpretam as situações diárias. Ou seja, ao modificar os fatores internos do indivíduo, modifica-se seu comportamento. Procurou-se, por meio da abordagem cognitivo-comportamental, desenvolver determinado conjunto de competências (aguardar a vez para responder, pensar antes de dar a resposta, autoavaliar-se, avaliar os outros, medir as consequências da sua atuação e outras). As estratégias da intervenção assentaram nas seguintes técnicas: Automonitorização – treinar o aluno para que seja capaz de autonomamente avaliar e fazer o registo do próprio comportamento; Autorreforço do aluno, ensinando-lhe a aplicar o próprio reforço positivo ou negativo (registo em fichas ou acumulação de cartões com pontuações) com elogios ('fizeste muito bem', 'assim mesmo', 'estás cada vez melhor' ou 'estás a portar-te bem');



Autoinstrução como forma de aprender treinando de modo a desenvolver competências de (auto)controle do comportamento (*'Para, Escuta e Olha'*).

O enfoque terapêutico da hiperatividade infantil evolui paralelamente ao conceito da PHDA ao longo das últimas décadas. Atualmente, os programas terapêuticos baseados no autocontrole e no treino das autoinstruções adquiriram grande importância, pois consideram já amplo número de estratégias que têm como objetivo aliviar não só os défices cognitivos que estão relacionados com tomar decisões entre alternativas, adquirir perspectiva social e percepção das emoções, aumentar estratégias de resolução de problemas, entre outras, mas também problemas comportamentais, e.g., quando não tem tarefas para fazer, a ira incontrolável, a desobediência e os comportamentos sociais negativos, entre outros (VILLAR; POLAINO-LORENTE, 2001). Esse tipo de tratamento não é um substituto, mas um complemento para outros tipos de tratamento, em que o êxito depende das características da criança e de seu estilo atribucional (interno, externo), do contexto familiar e escolar (GREVET, 2005).

## Caracterização dos sujeitos em seu contexto

Os sujeitos do estudo são duas crianças (A=sexo feminino e B=sexo masculino), que frequentavam em 2012 o 1º Ciclo da educação básica nos Agrupamentos de Escolas AECA e AECB, e os respetivos professores de turma e pais/ encarregados de educação. As crianças têm 8 anos de idade, estavam matriculadas no 3º ano de escolaridade e possuem diagnóstico de PHDA.

\* Criança A (experimental). Vive em uma freguesia suburbana ao Agrupamento AECA. Seu nível de aprendizagem está compatível com o 1º ano de escolaridade. A turma é composta por 20 alunos (15 rapazes, 5 raparigas), com idades entre 8 e 9 anos, tendo três alunos com NEE com 'Apoio Pedagógico Personalizado', 'Adequações Curriculares' e 'Adequações no Processo de Avaliação', onde essa criança se inclui. O ambiente familiar, segundo relatos do professor, parece ser um pouco disfuncional. O encarregado de educação confirmou que a criança não toma a medicação com regularidade (inicialmente tomava Ritalina, depois Concerta). É de salientar que esse tratamento é realizado de forma irregular.

\* Criança B (controlo). Vive em uma freguesia suburbana ao Agrupamento AECB. Está inserida em uma turma que possui três anos de escolaridade. Apresenta algumas dificuldades na aquisição das aprendizagens, pois tem vindo a regredir nas atitudes e no comportamento, principalmente na execução do trabalho autónomo. Sua caligrafia é disforme com relação à que possuía anteriormente. Está abrangida pelo 'Apoio Pedagógico Personalizado', 'Adequações Curriculares Individuais' e 'Adequações no Processo de Avaliação'. Devido às dificuldades de aprendizagem, propõe ficar retida no mesmo ano de escolaridade. Ao observarmos a criança no contexto escolar, seu comportamento é mais desajustado, devido à sua agitação motora, falta de atenção/concentração e conversa muito com os colegas que estão próximos, no entanto, sempre que é chamado à atenção, obedece. No que diz

respeito ao nível de ensino em que se encontra, revela alguma dificuldade em acompanhar alguns conteúdos programáticos. Possui boa leitura (dados da professora) e adquiriu bem as competências de leitura e escrita. O ambiente familiar é estável e estruturado. Toma a medicação com regularidade e ajustamento necessário, seguindo sempre as indicações médicas, o que tem ajudado muito na melhoria de seu comportamento.

## Análise e interpretação dos dados

Utilizámos a triangulação de dados provenientes de duas fases:

\*Fase de pré-teste. Registos de observação naturalista às duas crianças, dentro da sala de aula e no recreio, e resultados de aplicação dos critérios do DSM-IV e das respetivas Escalas de Conners (reduzida) aos pais e professores das turmas das crianças.

\*Fase de pós-teste. Registos (observações, notas de campo) e resultados da implementação do programa de intervenção à Criança e dos critérios do DSM-IV e das respetivas Escalas de Conners (reduzida) aos pais e professores das turmas das crianças (A, B). Aqui incluímos a análise de conteúdo das entrevistas ao professor da turma e ao encarregado de educação da Criança A (eficácia do programa). Motivámos a Criança A elaborando um mapa de Avaliação do Comportamento em cada sessão, estabelecendo um percurso de concretização, a que atribuímos três cores a cada tipo de comportamento: verde – bom; laranja – regular; cinzento – mau. Ao fim de 7, 14 e 28 verdes, a criança recebia um diploma de ‘Bom Comportamento’. É de salientar que apenas conseguiu ganhar dois diplomas.

No fim de cada sessão, aplicámos uma ficha de autoavaliação, que teve como resultado ‘o ter gostado do programa’. A Criança A gostou muito do programa, avaliando de forma positiva a maior parte das sessões, destacando mais aquelas atividades onde teve mais facilidade de resolução, por exemplo, em conseguir aplicar sozinha as autoinstruções de forma correta, o bloco de treino do relaxamento e autocontrolo corporal, em especial no relaxamento com música. Na Tabela 1, percebemos os resultados obtidos ao longo da aplicação do programa. A avaliação da intervenção implementada na Criança A foi comparada com a Criança B.

## Resultados do pré e pós-teste (Escala de Conners)

Com relação aos resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners à Criança A, no pré e pós-teste (Tabela 1), verificámos que as únicas alterações ocorreram na ‘Escala C – Excesso de Atividade Motora’ e na ‘Escala D – Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners’, segundo informações obtidas pelo professor. Na Tabela 2, apresentamos resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners à Criança B, no pré e pós-teste, onde percebemos que ocorreram alterações nos resultados obtidos nas duas fases de aplicação do instrumento, dando especial atenção à ‘Escala C –



Excesso de Atividade Motora'. Nessa escala, ocorreu alteração nos resultados obtidos no enfoque dos pais e do professor. Também observamos que houve alterações nos resultados obtidos apenas no enfoque dos pais na 'Escala D – Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade' de Conners.

**Tabela 1 – Síntese dos valores/scores nas Escalas Conners – Criança A**

CRIANÇA A								
Designação da Escala	Aplicada	Resultado bruto		Resultado normativo		Percentil		Observação
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	
A – Comportamentos de Oposição	Pais	11	11	---	---	---	---	---
	Prof.	3	3	56	56	56-60	56-60	Ligeiramente atípico
B – Problemas Cognitivos / Desatenção	Pais	13	13	78	78	98+	98+	Marcadamente atípico
	Prof.	13	12	79	76	98+	98+	Marcadamente atípico
C – Excesso de Atividade Motora	Pais	16	15	82	80	98+	98+	Marcadamente atípico
	Prof.	5	1	49	42	27-73	16-26	Média (Res. típico) / Ligeiramente atípico
D – Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners	Pais	29	25	78	72	98+	98+	Marcadamente atípico
	Prof.	24	20	74	69	98+	95-98	Marcadamente atípico/ Moderadamente atípico

**Tabela 2 - Síntese dos valores/scores nas Escalas Conners – Criança B**

CRIANÇA B								
Designação da Escala	Aplicada	Resultado bruto		Resultado normativo		Percentil		Observação
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	
A – Comportamentos de Oposição	Pais	8	7	---	---	---	---	---
	Prof.	10	11	71	74	98+	98+	Marcadamente atípico
B – Problemas Cognitivos / Desatenção	Pais	14	11	76	68	98+	95-98	Marcadamente atípico / Moderadamente atípico
	Prof.	8	4	60	49	74-85	27-73	Ligeiramente atípico

(Continua)

(Continuação)

CRIANÇA B								
Designação da Escala	Aplicada	Resultado bruto		Resultado normativo		Percentil		Observação
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	
C – Excesso de Atividade Motora	Pais	14	11	70	63	95-98	86-94	Moderadamente atípico/ Medianamente atípico
	Prof.	16	20	69	76	95-98	98+	Moderadamente atípico/ Marcadamente atípico
D – Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners	Pais	27	23	69	64	95-98	86-94	Moderadamente atípico/ Medianamente atípico
	Prof.	33	36	73	76	98+	98+	Marcadamente atípico

Nos Gráficos 1 e 2, representamos os resultados obtidos no pré e no pós-teste das duas crianças. Assim, no Gráfico 2, a Criança A apresenta resultados superiores à Criança B em quase todas as escalas, à exceção da escala A ('Comportamentos de Oposição') e na Escala C ('Excesso de Atividade Motora') no enfoque do professor, contudo, no enfoque dos pais, a Criança A continua a obter resultados superiores à Criança B. No enfoque dos pais na escala B ('Problemas Cognitivos/Desatenção'), as duas crianças têm resultados similares, mas, relativo ao enfoque dos respectivos professores, a Criança A continua a obter melhores resultados que a Criança B. Quando comparamos o pré-teste da Criança A com o da Criança B, verificamos que a primeira apresenta mais escalas com valores que ultrapassam o valor normativo (70), o que indica que existe um problema significativo. De acordo com o Quadro 1, verificamos que a Criança A continua a apresentar resultados superiores à Criança B, nomeadamente na Escala B ('Problemas Cognitivos/Desatenção'), no enfoque dos pais e dos respetivos professores, as duas crianças têm resultados bem diferentes. Em geral, a Criança A obteve resultados superiores à Criança B, em quase todas as escalas. É de referir que tal não se verifica, segundo o enfoque do professor na Escala A ('Comportamentos de Oposição'), Escala C ('Excesso de Atividade Motora') e D ('Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners').

Gráfico 1 – Comparação entre a Criança A e a Criança B – Conners (Pré-teste)

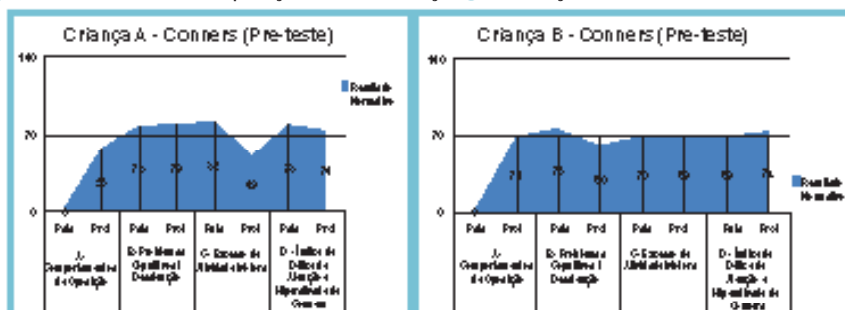
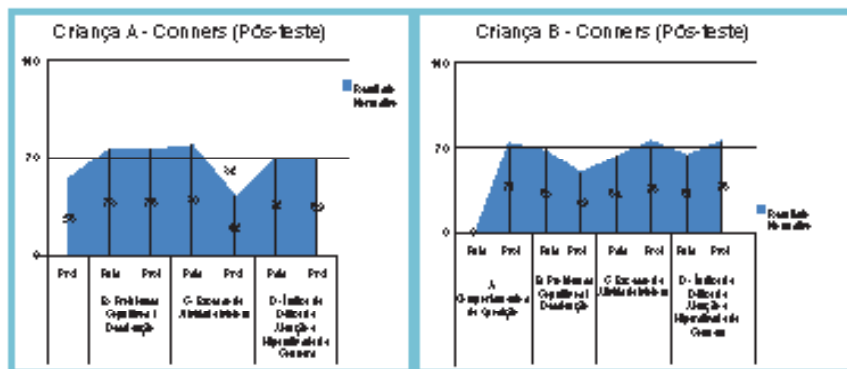


Gráfico 2 – Comparação entre a Criança A e a Criança B – Conners (Pós-teste)



Por outro lado, quando comparamos o pós-teste da Criança A com a B, verificamos que a primeira continua a apresentar mais escalas com valores que ultrapassam o valor normativo (70), o que significa que existe um problema significativo. Sendo assim, os resultados da escala de Conners demonstram que houve algumas melhorias nos resultados obtidos da Criança A, já que eles desceram um pouco em todas as escalas. Porém, apesar da Criança B ter sempre apresentado valores inferiores à Criança A, verificou-se ligeira subida dos valores apresentados na Escala A ('Comportamentos de Oposição') e C ('Excesso de Atividade Motora'), segundo o enfoque do professor.

## Resultados do pré e pós-teste (critérios DSM-IV-TR)

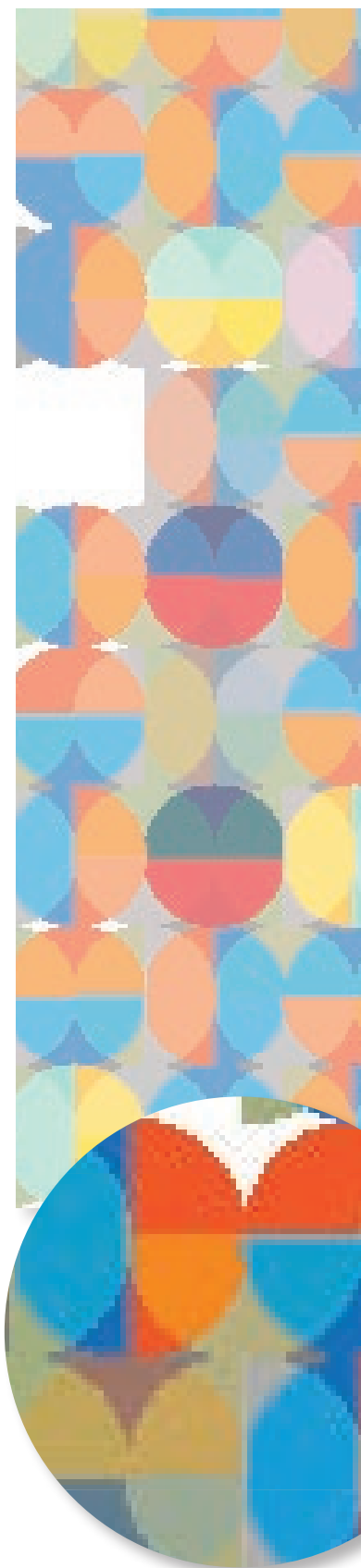
De acordo com os resultados obtidos na aplicação dos critérios do DSM-IV-TR, no pré-teste e no pós-teste, é fácil perceber que ocorreram poucas alterações quando comparamos as duas fases. No pré-teste, a Criança A, no enfoque do professor, evidencia maior número de critérios assinalados, de forma positiva, na parte da Falta de Atenção. No enfoque do encarregado de educação, foram assinalados quase todos os critérios de forma positiva. No pós-teste, de acordo com critérios indicados pelo professor da turma, a Criança A revelou pequenas melhorias ao nível da Hiperatividade e da Impulsividade após a implementação do programa de intervenção na fase do pós-teste. Porém, de acordo com critérios assinalados pelo encarregado de educação, a Criança A revelou algumas melhorias somente relacionadas à Hiperatividade, após a implementação do programa de intervenção na fase do pós-teste. Com relação à Criança B, percebemos que a única alteração que ocorreu, segundo critérios assinalados pelo professor, foi a alínea e), da Hiperatividade, a qual mostrou pequena evolução. Porém, ao analisarmos os critérios assinalados pelo encarregado de educação da mesma criança, verificamos que ele assinalou dois critérios da Hiperatividade e um critério da Impulsividade de forma diferente no pré e no pós-teste. Percebemos, então, que sobre a Hiperatividade, a criança retrocedeu na alínea c), mas evoluiu na alínea e). É de salientar que os resultados da alínea e) vão ao encontro do que foi assinalado pelo professor da criança. No que diz respeito à Impulsividade, a criança também retrocedeu na alínea g).

Dessa forma, podemos então sintetizar que os resultados obtidos, no pré e pós-teste, dos critérios de Diagnóstico para a PHDA, do DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) aplicados às duas crianças, estão de acordo com os resultados obtidos nas Escalas de Conners, no pré e pós-teste: houve pequenas melhorias na Criança A e na Criança B, porém, também houve pequenos retrocessos na Criança B. Da mesma maneira que, por vezes, se verificou algum desacordo entre o enfoque dos professores e o enfoque dos pais, o que também já era de se esperar, visto os contextos também serem diferentes. Perante os resultados obtidos com a aplicação dos critérios do DSM-IV-TR para o Diagnóstico da PHDA, no pré e pós-teste, podemos afirmar, segundo o professor, que a Criança A mostrou pequenos progressos, nomeadamente com relação à Hiperatividade e à Impulsividade, nas alíneas h) e i). Porém, para o encarregado de educação, apenas surgiram algumas melhorias relacionadas à Hiperatividade. Enquanto à Criança B, de forma geral, também mostrou algumas evoluções com relação à Hiperatividade e à Impulsividade. Assim, segundo o enfoque do seu encarregado de educação, ela evoluiu nalguns itens (Hiperatividade) e retrocedeu em outros (Impulsividade) e, segundo o enfoque do professor, apenas evoluiu em um item (Hiperatividade). Ou seja, a criança no meio familiar, não apresenta autocontrolo da sua conduta e emoções.

## Análise das entrevistas

Da análise de conteúdo às entrevistas realizadas ao professor da turma e ao encarregado de educação da Criança A, percebemos que ambos estão de acordo em alguns parâmetros ou categorias. No entanto, ao consultarmos as notas de campo, concordamos que estão em desacordo noutros pontos. Os resultados dessas entrevistas vão ao encontro do que se passa na realidade familiar e escolar da Criança A (problemas provenientes do meio familiar, com falta de autocontrolo e autorreconhecimento).

Reconhecemos que o encarregado de educação e o professor estão de acordo quanto às dificuldades encontradas diariamente com crianças com PHDA, essencialmente no comportamento, na aprendizagem e na socialização. Ao não possuírem boa relação, já que as condições (humanas e materiais) existentes nas escolas não oferecem resposta adequada às necessidades desses alunos, pois apenas têm apoio da professora da Educação Especial duas vezes por semana, o professor apontou algumas estratégias: educação das emoções/habilidades sociais; sensibilizar o grupo/turma para a problemática PHDA a fim de elevar a autoestima; criação de uma “Escola para Pais” como forma de sensibilização e de melhoria do comportamento e da aprendizagem dos alunos na sala de aula. No que diz respeito ao programa de intervenção para alunos com PHDA, o professor não conhecia essa intervenção, ao contrário do encarregado de educação, mas ambos não notaram diferenças relacionadas às questões comportamental e cognitiva na Criança A. Salientamos que a medicação nem sempre é feita diariamente nem é ajustada desde que houve mudança no tratamento.



## Conclusões sobre a avaliação global da intervenção

Em termos de análise global aos dados relacionados com a Criança A e tendo em conta também os registos das notas de campo, houve eficácia do programa intervenção cognitivo-comportamental. Apesar das contrariedades nos contextos familiar e escolar da Criança A, o programa provou ser bom instrumento para melhorar as principais dificuldades das crianças com PHDA no seu dia a dia. Essa ideia foi confirmada pelo encarregado de educação e professor no âmbito do comportamento, da aprendizagem e socialização.

De facto, a Criança A conseguiu melhorar nalguns itens e não retrocedeu em nenhum, tendo resultados mais elevados na subescala B (Problemas Cognitivos/Desatenção) e na subescala D (Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners) que a Criança B. No entanto, apesar dos resultados da Criança B serem mais baixos quando comparados aos da Criança A, houve também ligeira subida nos valores apresentados noutras subescalas, em especial na subescala A (Comportamento da Oposição) e na subescala C (Excesso de Atividade Motora).

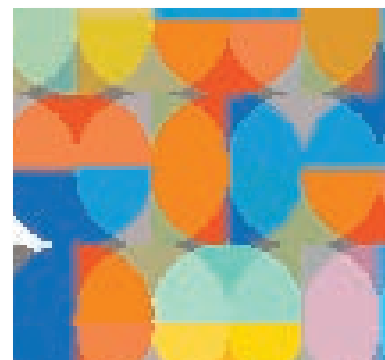
De facto, houve pequenas alterações no comportamento da Criança A, mesmo não sendo perceptíveis significativamente na prática pelo professor e encarregado de educação. Lembramos que existem muitas diferenças entre as duas crianças quer no contexto familiar e escolar quer no desenvolvimento (âmbito clínico). A Criança A vive em um ambiente desestruturado e está inserida em uma turma de 3º ano, efetuando atividades relacionadas aos conteúdos programáticos quando seus conhecimentos são do 1º ano, e nem toma a medicação com regularidade. A Criança B vive em um ambiente familiar bem estruturado, estando inserida em uma turma de 3º ano de acordo com seus conhecimentos e toma a medicação com a regularidade e ajustamentos que são necessários para que possa existir um bom desenvolvimento.

O Quadro 1 apresenta síntese global dos dados referindo as principais dificuldades identificadas na Criança A. No dizer de Vieira (2009), as crianças com PHDA apresentam problemas no rendimento escolar e aprendizagem, de comportamento e de inter-relação com os colegas. Concordamos com Polaino-Lorente e Ávila (2004) quando referem que as dificuldades de aprendizagem da criança com PHDA são, principalmente, na aquisição e utilização da leitura, da escrita e do cálculo (Criança A). É necessário esforço para realizá-las. Nem sempre essas crianças conseguem colmatar as lacunas de aprendizagem, já que surge a desmotivação nesse esforço individual. Quando essa desmotivação aparece, se não for ultrapassada atempadamente, corre-se o risco de aumentar problemas de desatenção e/ou de excessiva atividade motora, o que leva muitas vezes a ser interpretada por mau comportamento, má educação e/ou indisciplina.

Quanto aos resultados do Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental na Criança A, eles mostraram ligeiras melhorias em termos de valores no resultado normativo em todas as subescalas da Escala de Conners (Pós-teste). A não visibilidade dessas melhorias na prática deve-se ao facto dela



estar a frequentar e a realizar atividades correspondentes ao 3º ano de escolaridade (pouca motivação e sem evolução na sua aprendizagem), uma vez que seu nível de aprendizagem e de conhecimentos se situa no 2º ano do 1º Ciclo. Faltam-lhe “alicerces” para que consiga construir com sucesso e motivação seu percurso de aprendizagem. Daí que Isabel Orjales Villar defende que as características da PHDA são incompatíveis com o rendimento escolar, dificultam o comportamento na aula e favorecem a perda de informação, originando assim a falta de bases académicas. A juntar a tudo isto, não nos podemos esquecer as consequências da toma irregular e desfasada da medicação prescrita, que não é seguida nem tomada com o rigor necessário, para conseguir dar uma estabilidade à criança.



**Quadro 1** – Síntese global da informação recolhida ao longo da investigação

Categorias	INSTRUMENTOS			
	Programa Intervenção	Escala Conners e DSM-IV-TR	Entrevistas	Notas de Campo
<b>Comportamento</b>	A Criança A gostou da maior parte das atividades, em especial dos blocos de treino do relaxamento e do autocontrolo corporal.	Só houve progressos na Criança A. Na Criança B, houve ligeiros progressos e alguns retrocessos na subescala A (Comp. de Oposição).	Na opinião dos entrevistados, não houve melhorias.	Porém, segundo a criança, tentou fazer: - treino do relaxamento em casa, sozinha no quarto. - Técnica da Tartaruga na escola (mas o prof. não viu)
<b>Aprendizagem</b>	A Criança A identificou que as autoinstruções seriam um bom “truque” para ajudar a aprender melhor.	Não revelou nada em concreto, apesar dos valores terem descido ligeiramente em todas as subescalas.	Na opinião dos entrevistados, não houve melhorias.	Porém, o E.E. relatou um episódio em que a criança teria ido, por sua vontade, realizar exercícios no livro do 2º ano, logo a seguir à aplicação do programa ter sido concluída, nas férias da Páscoa, e que tal nunca tinha acontecido.
<b>Relação com os outros</b>	Não gostou muito desta parte do programa que retratava alguns problemas de interações sociais, para os quais tinha que encontrar estratégias.	Nada a referenciar.	Na opinião dos entrevistados, não houve melhorias: - em casa, continuou a dar-se mal com os irmãos. - Na escola, continuou a dar-se mal com os colegas.	- Em casa, não podemos argumentar, pois tal não foi observável. - Na Escola, pareceu estar mais integrada com os colegas, pois, no recreio, passava mais vezes a jogar futebol do que sentada a um canto.

(Continua)

(Continuação)

Categorias	INSTRUMENTOS			
	Programa Intervenção	Escala Conners e DSM-IV-TR	Entrevistas	Notas de Campo
<b>Resultados da aplicação do Programa Intervenção na Criança A</b>	A Criança A: assinalou a maior parte das atividades com correu Bem (3) e com Genial (5), duas sessões que pertenciam ao bloco do relaxamento e autocontrolo corporal; afirmou que “agora é mais fácil perceber o que tenho de fazer”.	Os resultados obtidos apresentaram ligeiras melhorias.	Apesar de considerarem que é um tipo de intervenção muito importante, consideram que não trouxe os resultados esperados.	Porém, para a mãe, esta é uma forma das crianças obterem mais atenção e mais ajuda em todas as áreas da sua vida, pois, atualmente, na escola, só conta com o apoio da professora de Educação Especial.

Com relação à verificabilidade das perguntas de investigação, podemos sintetizar:

**\*Perg. 1.** Uma sala “bem-estruturada” poderá ser bastante “informal” (RIBEIRO, 2011), mas engloba uma série de pistas e instrumentos que poderão ajudar crianças a organizar seu trabalho e estar concentradas. Por exemplo, o professor poderá colocar calendários, horários e tarefas afixadas num quadro e referir-se a eles com frequência. As crianças poderão ter um local dentro da sala de aula para realização de determinados trabalhos escolares (LOURENÇO, 2009). As fichas de trabalho e exercícios poderão ser elaboradas no mesmo canto onde está o quadro. Os materiais devem estar bem organizados, o dicionário colocado sempre no mesmo sítio. Há várias estratégias que podem ser utilizadas no percurso de aprendizagem com crianças que apresentam PHDA e, ainda, na melhoria do comportamento e rendimento escolar dessas crianças.

**\*Perg. 2.** Quando o meio familiar falha ou é deficiente, cabe à escola orientar e desenvolver as potencialidades de aprendizagem das crianças com necessidades específicas, principalmente as que não podem ser diagnosticadas ou satisfeitas na família. Há certo desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, o que condiciona sua resposta educativa às necessidades dessas crianças (RIBEIRO, 2011).

**\*Perg. 3.** A resposta segue a anterior, em que o papel do professor, sendo relevante, deve adequar-se à prática pedagógica e ao quotidiano dos alunos com PHDA.

**\*Perg. 4.** Os problemas da inter-relação da criança PHDA com os colegas surgem devido à sua impulsividade e hiperatividade, os quais condicionam as relações com seus pares, dificultam a integração social, seja porque respondem antecipadamente ou porque (re)agem impulsivamente (GOMES, 2012; JORGE, 2007; VIEIRA, 2009).

**\*Perg. 5.** A intervenção mais aconselhada e praticada continua a ser a intervenção farmacológica. No entanto, nos ‘Relatórios Médicos’ da Criança B já se aconselhava a necessidade da intervenção psicossocial, a partir de um programa estruturado para desenvolver competências sociais e de um programa parental para os pais. Os blocos de treino que constituem o programa de intervenção vão ao encontro

do que a criança precisa para desenvolver estratégias compensatórias, ou seja, a abordagem cognitivo-comportamental conjugando técnicas comportamentais com técnicas de resolução de problemas, automonitorização, autoinstrução e autorregulação do comportamento. Os resultados alcançados com essas técnicas parecem ser difíceis de generalizar a diferentes contextos. A combinação da terapia cognitivo e comportamental com a terapia farmacológica parece não apresentar resultados superiores aos encontrados com a utilização exclusiva da última. Desse modo, afirmamos que houve ligeiras melhorias em todos os valores das subescalas representadas na Escala de Conners da Criança A, mesmo não sendo muito significativos, não houve retrocessos. Com a Criança B, houve algumas melhorias, sem retrocessos na subescala A (Comportamentos de Oposição) e na subescala C ('Excesso de Atividade Motora').

A relação do programa de intervenção e as Escalas de Conners – versão para pais e professores – foram motivo de estudo em mais duas investigações, uma em Portugal (Elvas) e a outra na Espanha (Badajoz), cujos dados pudemos comparar na subescala D – Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners. Nas Tabelas 3 e 4, resumimos os resultados normativos, percentis e respectivas observações utilizadas para elaborar o diagnóstico das crianças com PHDA. Assim, na Tabela 3, constatamos que na subescala D – Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners, no enfoque dos pais, das três crianças em estudo, existem resultados similares entre as duas crianças portuguesas no pré e no pós-teste. Esses resultados mostram que houve ligeiras descidas nos valores após a aplicação do programa de intervenção. No entanto, é de salientar que os resultados da criança espanhola apresentam uma descida mais significativa, passando inclusive para o percentil anterior.

Da análise à Tabela 4, verificamos que na subescala D – Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners, no enfoque dos professores, das três crianças em estudo, foi a Criança A (Castelo Branco) que apresentou maior descida nos resultados normativos, passando para o percentil anterior após a aplicação da intervenção. No entanto, destacamos que no enfoque dos professores acontecem resultados similares entre as outras duas crianças das outras investigações (Criança Portuguesa, Criança Espanhola) (CANDEIAS, 2012; DE CELIS, 2012) no pré e pós-teste. Esses resultados mostram que houve ligeiras descidas nos valores após a aplicação do programa de intervenção, passando também para o percentil anterior.

**Tabela 3** – Síntese global dos resultados normativos/percentis obtidos nas três investigações ao nível do Índice Hiperatividade e Hiperatividade de Conners – Pais/encarregados de educação

Subescala	País – Encarregados de Educação					
	Criança A (Castelo Branco)		Criança Portuguesa (Elvas)		Criança Espanhola (Badajoz)	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
<b>D-Índice de Hiperatividade e Hiperatividade</b>	78/ 98+	72/ 98+	78/ 98+	73/ 98+	67/ 95-98	57/ 74-85
<b>Observações</b>	Marcad. atípico	Marcad. atípico	Marcad. atípico	Marcad. atípico	Moder. atípico	Ligeiram. atípico

**Tabela 4** – Síntese Global dos resultados normativos/percentis obtidos nas três investigações ao nível do Índice Hiperatividade e Hiperatividade de Conners – Professores da turma

Subescala	Professores de turma das crianças PHDA					
	Criança A (Castelo Branco)		Criança Portuguesa (Elvas)		Criança Espanhola (Badajoz)	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
<b>D- Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners</b>	74 / 98+	69 / 95-98	66 / 95-98	63 / 86-94	63 / 86-94	60 / 74-85
<b>Observações</b>	Marcadamente atípico	Moder. atípico	Moder. atípico	Media. atípico	Media. atípico	Ligeiram. atípico

Por conseguinte, na investigação de Nádia Candeias (2012), a criança de Elvas apresentou evolução positiva na maioria das escalas avaliadas entre os resultados da avaliação inicial e os resultados obtidos depois da intervenção, porém, os valores obtidos junto da família continuam a ser preocupantes e mais graves que no contexto escolar. No entanto, na investigação de De Celis (2012), em Badajoz, confirmaram-se a maioria de suas hipóteses: os valores dos pais na Escala de Conners são mais altos antes da aplicação do Programa de Intervenção para crianças com PHDA; as pontuações dos professores são inferiores na Escala de Conners após a aplicação do programa; ambas as professoras mostram pontuação similar; a existência de relação entre pontuações obtidas pelos professores e pais na Escala de Conners no pré e pós-teste. Comparativamente, esses estudos respondem à nossa Perg. 5, ao existirem sempre algumas diferenças no comportamento das crianças com PHDA submetidas à aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental no contexto escolar do 1º Ciclo da educação básica em Portugal e em Espanha. Segundo nossa investigação, o Programa de Intervenção beneficiou a criança A com PHDA, uma vez que no momento da avaliação final constámos ligeiras melhorias e resultados positivos tanto na Escala de Conners como nos critérios do DSM-IV-TR, no pré e pós-teste.

A criança A, quanto ao comportamento, apesar de não existirem grandes resultados observáveis no quotidiano, há um esforço para melhorar, pois começou a realizar relaxamento (noite), ‘técnica da tartaruga’ na sala de aula e autocontrolo. Com relação à aprendizagem, afirmou que as autoinstruções eram um bom truque para ajudá-la a aprender melhor, confirmando no fim do programa *“agora é mais fácil perceber o que tenho de fazer”*, o que confere eficácia ao programa, levando-a a perceber como o cérebro funciona quando aprendemos. O bloco ‘Relações com os outros’ foi o que a criança menos gostou e onde obteve resultados menos favoráveis, já que está diretamente relacionado às suas principais dificuldades diárias, em casa

com os irmãos e na escola com os colegas. No entanto, na escola, durante o intervalo, passou a estar mais vezes a brincar com os colegas do que sentada a um canto sozinha.

O programa que aplicámos teve sucesso, embora não sejam já grandes as melhorias observáveis na prática, mas a Criança A foi tendo a perceção de como poderia ultrapassar suas dificuldades, mostrando vontade em querer fazer, à exceção do bloco das interações sociais. Em nossa opinião, o programa deveria voltar a ser aplicado facultando mais tempo a esse bloco (habilidades sociais, relações) para que obtivesse alguns resultados, e motivando-a para alguns exercícios do bloco do relaxamento, visto ter sido aquele que a Criança A mais gostou. Outro aspeto é o da necessidade de estar ocupada ou a trabalhar diariamente na sala de aula os conteúdos correspondentes a seu nível real de aprendizagem para que não se desmotive.

Em síntese, o programa de intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjales Villar deu-nos um novo olhar, sob a forma de um contributo muito grande para trabalhar e compreender crianças com PHDA e suas dificuldades. Devemos salientar que os resultados do nosso estudo e das outras duas investigações que aplicaram o mesmo programa comprovaram melhorias nas crianças com PHDA. Como proposta para a Criança A, julgamos que seria benéfico passar a integrar uma turma de 2.º ano de escolaridade ou ficar retida no 3.º ano de escolaridade, podendo usufruir da medida educativa do Decreto-lei n. 3 de 2008, relativa aos conteúdos intermédios, e ficar dois anos na prática a fazer o 3.º ano. Assim, aprenderia os conteúdos do 2.º ano, de forma a adquirir as competências da leitura, da escrita e do cálculo. Essas crianças com dificuldades precisam de uma pedagogia aditiva, isto é, de mais tempo, mais materiais e recursos, mais estratégias e exercícios etc. para desenvolver algumas competências. No âmbito da “*escola ao longo da vida*”, os professores têm a obrigação de se aperfeiçoar (formação) para conseguirem identificar, compreender e ajudar todos os alunos. ■

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-IV-TR**. Lisboa: Climepsi Ed., 2002.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CONNERS, Keith. **Conner's rating scale – Revised Technical Manual**. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 1997.

CANDEIAS, N. **Estudo comparativo sobre a educação especial em Portugal-Extremadura: aplicação de um programa de intervenção**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial-Domínio Cognitivo-Motor) - IPCB/ESECB, Castelo Branco, 2012.

DE CELIS, A. **Análisis de la eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento de una alumna con TDAH**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais e Jurídicas, Especialidade em Psicologia) - Facultad de Educación, Uex, Badajoz, 2012.



GOMES, S. F. M. **Vivências escolares:** modelos organizativos de resposta a alunos com perturbação de hiperatividade com défice de atenção. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - ESE Paula Frassinetti, Porto, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/584/TM\\_EE\\_SANDRAGOMES\\_2012.pdf?sequence=1](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/584/TM_EE_SANDRAGOMES_2012.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 30 maio 2012.

GONÇALVES, C. A. M. **Perturbação de hiperatividade com défice de atenção:** projeto de intervenção. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/137>>. Acesso em: 31 mar. 2012.

GREVET, E. H. **Heterogeneidade genética e fenotípica no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos.** Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8246/000572127.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 maio 2012.

JORGE, M. S. S. **A Organização narrativa em crianças com DHDA:** estudo exploratório sobre o impacto da medicação psico-estimulante na matriz narrativa. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Univ. do Minho, Braga, 2007. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8134/1/Tese%20final.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2012.

Kendall, P. C.; Padawer, W. J.; Zupan, B. A. **Desenvolver o autocontrole em crianças:** um manual de estratégias cognitivo-comportamentais. Minneapolis: University of Minneapolis, 1980.

LOPES, J. **A hiperatividade.** Coimbra: Edições Quarteto, 2003.

LOURENÇO, M. I. S. R. **Hiperatividade e défice de atenção em contexto escolar:** estudo comparativo das perceções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Faculdade Motricidade Humana, Univ. Técnica de Lisboa, Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperactividade%20e%20D%C3%A9fice%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Contexto%20Escolar%20%20ISABEL%20LOUREN%C3%87O%20-%202009.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

MERRIAM, S. **Case study research in education:** a qualitative approach. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.

PINHO, A.; MENDES, L.; PEREIRA, M. **Perturbação hiperativa com défice de atenção:** um problema negligenciado. Lisboa: Universidade Lusíada, 2007. Disponível em: <<http://www.profala.com/arthiper9.htm>>. Acesso em: 28 dez. 2011.

POLAINO-LORENTE, A.; ÁVILA, C. **Como viver com uma criança hiperactiva:** comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar. Lisboa: Asa, 2004.

RIBEIRO, I. C. M. **Hiperatividade e défice de atenção.** Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - ESE Almeida Garrett, Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/1499/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Completa%202011.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2011.

SELIKOWITZ, M. **Défice de atenção e hiperactividade.** Alfragide: Texto Ed., 2010.

VIEIRA, A. F. B. **PHDA:** a eficácia de um programa de intervenção estruturado na sala de aula. Dissertação (Pós-Graduação em Educação Especial) - ESE Paula Frassinetti, Porto, 2009. Disponível em: <[http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/355/PG-EE\\_2009\\_Aida%20Vieira.pdf?sequence=1](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/355/PG-EE_2009_Aida%20Vieira.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 6 set. 2011.

VILLAR, I. O.; POLAINO-LORENTE, A. **Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH).** Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 2001