

VI Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade

**Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo
Montalvão Machado**

Chaves (Portugal), 28 e 29 de Maio de 2010

Intervenção Farmacológica e Comportamental com alunos com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) do 1º Ciclo do Ensino Básico¹

Autores: Maria Armanda Leal² & Pedro Dias

Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto

1. Introdução

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma problemática complexa que atinge uma grande percentagem de alunos, sendo a estimativa de 3% a 7% ou seja 2 alunos com PHDA em cada 30 (Sena & Neto, 2007).

Lopes (2003) reforça que estes indivíduos apresentam problemas significativos de atenção, principalmente em situações em que é exigida a sua manutenção prolongada, de controlo dos seus impulsos (impulsividade) e de actividade motora excessiva (hiperactividade). Salienta ainda que, associados a estes problemas surgem outros, tais como: dificuldade em seguir regras e instruções e a excessiva variabilidade nas respostas às situações, interferindo no ambiente de aprendizagem, quer em prejuízo próprio, quer dos colegas da turma.

Face ao contexto escolar o aluno com PHDA, na generalidade, encontra problemas que não consegue ultrapassar e ele mesmo torna-se um “problema” para o professor e para os seus pares. Pujol et al. (2006) sustentam que é de máxima importância que os professores saibam “segurar” o comportamento do aluno com PHDA, por este interferir não só no ambiente da sala de aula, prejudicando o próprio como os colegas, podendo mesmo ter repercussões no rendimento académico do aluno. Num estudo anterior, Small

¹ Estudo integrado na parte empírica da Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, em decurso na Faculdade de Educação e Psicologia (FEP) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Porto.

² Doutoranda do Curso de Doutoramento em Ciências da Educação na FEP-UCP, Porto.

(2003) verificava que os professores necessitavam de mais informação sobre a PHDA e principalmente de conhecer estratégias de intervenção para poderem gerir não só os comportamentos disruptivos, mas potenciar uma aprendizagem mais adequada com estas crianças. Considerando uma perspectiva mais recente, o professor terá de ser capaz de estabelecer um plano de acção para o aluno com PHDA, que seja consistente, prolongado e que seja sempre activado (Lopes, 2003). Estudos efectuados sobre a perspectiva do professor face à PHDA em sala de aula (Small, 2003; Bekle, 2004; Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2005; Fernández, Mínguez & Casas, 2007) revelam que estes, embora distingam e identifiquem os comportamentos e sintomatologia da PHDA, demonstram dificuldade em lidar com os comportamentos disruptivos que estes alunos frequentemente apresentam. Fernández, Mínguez e Casas (2007) fundamentam que para diminuir as lacunas nos conhecimentos dos professores, era de extrema importância a inclusão de formação específica sobre a problemática, não só nos cursos de base dos professores, mas também nos cursos de formação contínua, colmatando assim dois graves problemas: a falta de formação dos professores na área, e a melhoria no processo de ensino aprendizagem com estas crianças.

Verificamos também que no contexto Português é ainda diminuta a formação sobre a PHDA para os professores de alunos com PHDA sendo fundamental para auxiliar estes alunos a ultrapassarem as suas dificuldades (Fernandes, 2007; Lourenço, 2009).

De acordo com o panorama Português de insuficiência de informação aos Professores que trabalham diariamente com alunos com PHDA e pela emergência de uma actuação adequada aos problemas inerentes à PHDA, optamos por construir um Programa de Formação para Professores de alunos com PHDA no 1º CEB, com seguintes propósitos: aplicar um programa de treino de competências formativo e interventivo para docentes de alunos com PHDA que englobasse (i) o conhecimento da PHDA, (ii) complementado com estratégias a adoptar na sala de aula - intervenção com o aluno nos comportamentos problemáticos, nos problemas de atenção e nos problemas de realização académica, e (iii) propiciador de competências para actuar de acordo com a problemática – adequação das práticas.

Neste artigo, descrevemos unicamente a intervenção relativa aos problemas de comportamento dos alunos com PHDA, em contexto de sala de aula, e seus efeitos quando conjugada com a intervenção farmacológica.

1.1. PHDA e o comportamento

As crianças com PHDA demonstram, para além de outras características, a impulsividade, não conseguindo frequentemente manter-se caladas, interrompendo e interpondo-se nas conversas ou assuntos. Esta característica da PHDA manifesta-se no seu comportamento e, conseqüentemente, nas relações entre pares e inclusive na sua rejeição / aceitação no grupo (Lopes, 2003). A corroborar esta tese, já em 1982, os estudos de Pelham e Bender referiam que 50% das crianças hiperactivas experienciam dificuldades significativas e duradouras de relacionamento interpessoal (Lopes, 2003). Estudos realizados neste âmbito em 1997, de Hinshaw, e colaboradores e posteriormente em 2000 com Cole e Boldizan, fundamentavam que existem taxas de rejeição uniformemente altas por parte dos colegas das crianças com PHDA (DuPaul & Stoner, 2007). Na mesma linha, já em 1990, Barkley sustentava que em situações de trabalhos colectivos, as crianças hiperactivas manifestam comportamentos perturbadores, intrusivos, imaturos e provocatórios, impelindo nos membros do grupo um comportamento claramente controlador e directivo, quando não de rejeição (Lopes, 2003). Estas dificuldades de interacção, revelam-se num contexto (sala de aula) onde por excelência se é mais exigente no que respeita ao cumprimento de regras, sejam sociais ou académicas. *“De facto, as dificuldades sociais são cada vez mais encaradas como centrais na problemática do DHDA (Barkley, 1990; Hinshaw & McHale, 1991) e como contribuidoras decisivas para a manutenção dos problemas a longo prazo”* (Lopes, 2003). Não obstante, a rejeição prolongada dos pares, induz a criança com PHDA a ver-se negativamente, afectando muitos aspectos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afectivo (Lopes 2003).

Relativamente às crianças com PHDA que apresentam comportamentos agressivos, já em 1994 Lochman e Dodge, referiam que estas interpretam sistematicamente o comportamento do outro como agressivo, mesmo que este não o seja, respondendo de imediato agressivamente, prejudicando a relação entre pares ou de grupo (Lopes, 2003). Pujol e seus colaboradores (2006) defendem que a maioria das crianças com PHDA em idade escolar apresenta problemas associados, sendo que 19% a 26% demonstram dificuldades de aprendizagem, mais propriamente na leitura, no cálculo ou na expressão escrita, registando resultados inferiores ao que é esperado para a idade e para o grau de ensino em que se encontram. Cerca de 40% a 60% das crianças / adolescentes com

PHDA poderão desenvolver outro tipo de perturbações associadas, sendo que a perturbação de oposição, ocorre com mais frequência, seguida dos problemas anti-sociais, englobando entre 20% e 40% das crianças / adolescentes com PHDA. Contudo, os problemas mais comuns destas crianças são as agressões físicas e a dificuldade no controlo das suas emoções, sobretudo da ira e que, cerca de 25% pode ainda apresentar sintomatologia depressiva (Pujol et al, 2006).

Os vários factores, tais como: à rejeição sistemática do grupo de pares, à auto-estima baixa e à coexistência de problemas de comportamento e de problemas de aprendizagem, podem estar na base das realizações pobres ou resultados negativos (Lopes, 2003).

Nesta perspectiva, Fonseca (1998) apoiando-se nos estudos realizados com crianças com PHDA do tipo misto, defende que a coexistência de distúrbios do comportamento nestas crianças são frequentes, revelando mais sintomas graves do que as crianças só com distúrbios comportamentais, tendo mais probabilidade de serem rejeitados pelos colegas e sendo mais difícil o seu relacionamento com os outros.

Parece-nos evidente, segundo os estudos já realizados neste âmbito, que os comportamentos das crianças com PHDA, manifestados nas relações com os pares, apresentam vulnerabilidade, aliando-se a factores que irão comprometer entre outros, o rendimento escolar e as próprias relações sociais.

1.2. Intervenção na PHDA

Perante uma panóplia de manifestações comportamentais da PHDA, os estudos mais consensuais apontam três abordagens na intervenção. Falamos da intervenção: farmacológica, comportamental e cognitivo-comportamental, sendo que esta última, como intervenção isolada, não demonstra resultados tão eficazes (Barkley, 2000; DuPaul & Stoner, 2007) e a conjugação da intervenção farmacológica com a comportamental, apresenta resultados mais promissores (NIMH, 2008).

1.2.1. Intervenção Farmacológica

Para alguns estudiosos (Schweizer & Prekop, 2001) o tratamento por via farmacológica das crianças com PHDA é o mais aconselhado, registando-se o sucesso obtido pela administração de psicofármacos, que contribuem para reforçar a componente biológica

em défice. De acordo com Stahl e Mignon (2009) nos Estados Unidos, os fármacos disponíveis para usar na PHDA são variados desde estimulantes (anfetamina e metilfenilato) a não estimulantes. Em contrapartida, em Portugal, segundo Antunes (2009) os fármacos disponíveis são o Rubifen, a Ritalina LA e o Concerta, pertencentes ao grupo do metilfenidato, e o Strattera no grupo dos fármacos não estimulantes (Antunes, 2009).

Com base nos múltiplos estudos efectuados nesta área, sabe-se que a transferência inter-neuronal é efectuada por substâncias químicas, e nos lobos frontais a substância usada é a dopamina (Antunes, 2009). Para que haja transferência de informação de um neurónio a outro é necessário que a dopamina seja suficiente, ou que “trabalhe” eficazmente (Falardeau, 1997; Antunes, 2009; Stahl & Mignon, 2009). Se a dopamina está deficitária, cria-se uma diminuição da actividade cerebral, localizada entre o lobo frontal e o sistema límbico, zona essa, responsável pelo controlo do comportamento: controlo da atenção, da impulsividade, da actividade motriz, da obediência às regras e controlo do rendimento no trabalho (Falardeau, 1997). Assim, os medicamentos à base de metilfenidato e de dextroanfetamina facilitariam a produção regulada de dopamina, repondo os seus valores normais, activando as partes do cérebro, aparentemente menos activas, melhorando deste modo, a capacidade de concentração da criança e consequentemente o controlo do seu comportamento (Villar, 1998; Stahl & Mignon, 2009).

De acordo com DuPaul e Stoner (2007) a intervenção farmacológica acarreta a maioria das vezes complicações para o indivíduo, podendo ser, entre outras, a habituação ao fármaco, deixando de fazer o efeito desejado, outras vezes, produz efeitos colaterais como insónias e redução do apetite. Segundo os mesmos autores, a avaliação sistemática e periódica dos efeitos dos fármacos é fundamental para o sucesso da intervenção. Acrescentam, porém, que a eficácia geral do tratamento tende a ser limitada se, não for complementada com outras intervenções, como a actuação sobre modificação do comportamento da criança.

1.2.2. Intervenção comportamental

Relativamente à intervenção comportamental, esta diz respeito à modificação do comportamento da criança com PHDA, através de reforço dos comportamentos

desejáveis, com intuito de potenciar a sua repetição, contrapondo com estratégias e técnicas para inibir os comportamentos desadequados (DuPaul & Stoner, 2007).

Uma das grandes características visíveis nas crianças com PHDA, excluindo deste raciocínio as que se englobam no subtipo predominantemente desatento, é o seu comportamento disruptivo. Desta forma, quando falamos de estratégias de intervenção, a imagem que ocorre incide naturalmente na modificação desses comportamentos. Contudo, antes de abordarmos a intervenção nos comportamentos desadequados, incidiremos primeiramente na potencialização dos comportamentos adequados.

Para potenciar comportamentos adequados, o professor deve centrar-se primeiramente na implementação de um trabalho com os alunos focado nas emoções, afectos, no relacionamento, na cooperação e na responsabilidade. Os trabalhos de grupo, jogos, histórias, dramatizações; a implementação de quadros de regras da sala, de responsabilidade, de tarefas...; a partilha de responsabilidades na existência de alunos tutores de outros; são exemplos de um trabalho que potencia comportamentos adequados envolvendo todo o grupo de alunos. Outras estratégias são mencionadas como potenciadoras de comportamentos adequados, tais como: o uso do *reforço social e/ou material*, os *contratos*, a *economia de fichas (token)*, o *feedback constante*, o *reforço individual / positivo* (European Project Grundtvig Partnership, 2009).

O *reforço social e/ou material*, consiste em aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos adequados e desejados, através de recompensas. Os *contratos* e a *economia de fichas* são instrumentos com o intuito do reforço social/material (Lopes, et. al., 2006). No que respeita aos *contratos*, encarados como compromissos entre o professor e o aluno, são documentos onde se esclarecem os comportamentos desejáveis. São estipulados de comum acordo, esclarecendo as consequências positivas e negativas do seu cumprimento ou não cumprimento, respectivamente (Lopes, et. al., 2006). Já na *Economia de Fichas (token)*, funciona como um reforço material (fichas, autocolantes, cartões) que são ganhos de acordo com os comportamentos conseguidos. As fichas são cumulativas e posteriormente trocadas por uma recompensa, que é acordada no início (Vasques, 1997; Lopes, et. al., 2006; European Project Grundtvig Partnership, 2009). Os *reforços individuais / positivos* são elogios que devem ser sistemáticos, imediatamente após o comportamento, porém devem ser retirados gradualmente, de

forma a não ser exageradamente usado podendo perder o efeito desejado (Currier, 2004; Wilkinson e Lagendijk, 2007).

No que respeita às estratégias sobre a modificação de comportamentos, devem ser usadas de acordo com o comportamento desadequado, nesta forma é necessário clarificar quais são os comportamentos elegíveis para a sua modificação. Neste sentido, DuPaul e Stoner (2007) esclarecem-nos utilizando o termo *comportamento funcional*, para definir os comportamentos que hipoteticamente resultariam naquele contexto. Por exemplo, através de uma recolha de informação exaustiva com o professor e englobando a observação em sala de aula, poderemos eleger os comportamentos que são considerados desadequados para aquele contexto. Chegados a este patamar, elaboramos hipoteticamente para cada um dos comportamentos encontrados, um comportamento que resulte, que seja funcional, naquele contexto. O passo seguinte é elaborar as estratégias possíveis de potenciar um comportamento funcional da criança com PHDA, actuando nas situações ou condições que originaram o comportamento desadequado, ou nas consequências desse comportamento (DuPaul & Stoner, 2007; European Project Grundtvig Partnership, 2009).

Nesta perspectiva, os mesmos autores referem que toda a recolha de informação (método que denominam como Avaliação do Comportamento Funcional) sobre o comportamento da criança, deve incluir variáveis biológicas, ambientais, sociais, cognitivas e afectivas, utilizando como instrumentos, a observação nos diversos contextos e as descrições ou entrevistas efectuadas aos adultos que lidam com a criança e mesmo à própria criança. DuPaul e Stoner (2007) sublinham ainda que, para uma avaliação correcta, os professores devem utilizar a ADHD Rating Scale (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998; in DuPaul & Stoner, 2007); o School Situations Questionnaire – Revised (DuPaul & Barkley, 1992; in DuPaul & Stoner, 2007), instrumentos que transmitem informações sobre a abrangência entre situações e o nível de gravidade dos problemas de comportamento e atenção, respectivamente, assim como as escalas de classificação dos comportamentos: a Child Behaviour Checklist – CBC (Achenbach, 2001; in European Project Grundtvig Partnership, 2009), o Sistema de Avaliação do Comportamento para Crianças – BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992; in DuPaul & Stoner, 2007) e a escala de Connors de Avaliação para Professores (Connors, 1997; in DuPaul & Stoner, 2007), adaptada para a população portuguesa por Rodrigues

(2004), as quais são bastante úteis podendo ser aplicadas no início da intervenção, no seu decurso e no final, sustentando os autores, assim, a avaliação da eficácia da intervenção.

O facto de percebermos se os factores que activam comportamentos problemáticos e as situações que mantêm esses comportamentos, são fundamentais para a correcta intervenção e das correctas estratégias a implementar (DuPaul & Stoner, 2007). Após a identificação / avaliação dos comportamentos problemáticos e principalmente dos antecedentes que levaram ao comportamento ou às consequências conseguidas, os professores necessitam de traçar um plano de intervenção com estratégias que hipoteticamente podem resultar para a alteração comportamental mais adaptativa, ou seja funcional ao contexto. DuPaul e Stoner (2007) sustentam que o professor, deve sempre iniciar a intervenção pelos comportamentos considerados cruciais ao funcionamento da sala de aula.

Na literatura, podemos encontrar diversas técnicas de modificação comportamental, podendo ser utilizadas nas intervenções em contexto escolar.

Para a diminuição dos comportamentos indesejáveis são recomendadas as técnicas: *reprimendas / repreensão, custo de resposta, time-out* (Vasques, 1997) *ignorar, lembretes, sinais/códigos, retirar /alternar a tarefa*, e ainda dois instrumentos *contratos e a economia de fichas* já explicados anteriormente (European Project Grundtvig Partnership, 2009).

Na estratégia *ignorar*, tal como o nome indica, deve ser usada para ignorar o comportamento do aluno, porém o professor quando usar esta estratégia deve estar ciente que num primeiro momento, pode dar origem ao agravamento do comportamento, contudo a postura do professor deve permanecer indiferente (Webster-Stratton, 2006; Pujol et al., 2006). Os *lembretes*, são lembranças em voz alta que o professor utiliza, sem especificar o aluno em questão, com o intuito de prevenir a ocorrência do comportamento indesejado. O professor deve recorrer a esta estratégia sempre que percepcione que o aluno irá actual inadequadamente (Webster-Stratton, 2006). Já os *sinais /códigos*, são estratégias visuais, sonoras ou tácteis que funcionam como código entre o professor e o aluno, relembrando o aluno do comportamento adequado. Estes sinais ou códigos, são acordados entre o professor e o aluno previamente e deve ser usado sempre que o professor preveja que o aluno irá incorrer

em algum comportamento inadequado (Webster-Stratton, 2006). Na estratégia *retirar / alternar a tarefa*, será usada no momento da ocorrência do comportamento inadequado. O professor deve retirar o aluno da tarefa que este estava a executar, conversar com ele com o intuito de perceber o motivo do comportamento, posteriormente se concluir que o aluno não irá reincidir no mesmo comportamento deve permitir que volte à tarefa inicial, caso contrário deve alterar a tarefa do aluno (Webster-Stratton, 2006). As *reprimendas / repreensão*, surgem como oposição ao reforço positivo, que tal como o seu nome indica, repreendem o comportamento indesejado que está a acontecer naquele preciso momento, para que não volte a ocorrer. As reprimendas devem acontecer de forma breve, clara e directa, sempre que possível individualmente com a criança, evitando sobremaneira os juízos de valor sobre os comportamentos ou sobre a criança (Lopes, 2003). O *Custo de Resposta* tem o objectivo de penalizar os comportamentos indesejáveis, através da perda de uma recompensa esperada. Esta técnica deve promover a não ocorrência de comportamentos idênticos (Vasques, 1997; Sousa, 2008; Webster-Stratton, 2006; Wilkinson e Lagendijk, 2007). Já o *time-out*, técnica de inibição do comportamento indesejado, diz respeito ao tempo de permanência fora da tarefa ou actividade, o qual deve ser aplicado quando um comportamento indesejado continua, após o professor já ter recorrido a todas as estratégias possíveis. A criança após o comportamento deve ser posta fora da tarefa que está a realizar durante um tempo, que deverá não exceder os 5 minutos. Durante esse tempo fora (*time-out*) a criança é inibida de fazer outro tipo de actividade. Após o tempo decorrido e cumprido pela criança a regra imposta, deve ser permitido voltar à tarefa que esta estava a executar anteriormente. A aplicação desta estratégia deve ser usada em último recurso e esporadicamente para que surta o efeito desejado (Vasques, 1997; Webster-Stratton, 2006; Pujol et al., 2006).

De acordo com Webster-Stratton (2006) as estratégias de modificação comportamental devem ser aplicadas de acordo com o comportamento do aluno e a sua gravidade. O professor deverá iniciar pela aplicação das estratégias de menor contingência aumentando sempre que a estratégia aplicada não surta o efeito desejado, passando para uma estratégia de maior contingência (Webster-Stratton, 2006).

2. Metodologia

Para operacionalização do nosso estudo, adoptámos a Investigação-Acção, *refugiados no argumento* de poder dotar profissionais mais reflexivos e mais intervenientes no contexto educativo. Acresce ainda a este método interactivo a justificação de que é necessário identificar e formular o problema de forma objectiva e susceptível de ser intervencionado (Sanches, 2005).

2.1. Desenvolvimento do estudo

Optámos por dirigir o nosso Programa de Formação aos professores dos alunos com PHDA no 1º CEB, titulares de turma e aos docentes de Educação Especial, dada a maior proximidade e tempo de permanência com os alunos detentores desta problemática. A amostra reuniu 20 professores nas condições descritas e cada um deles trabalhou com um aluno com PHDA, em contexto de sala de aula.

O programa de formação decorreu durante 3 meses, em horário pós-laboral, com uma aplicação de 50 horas, distribuídas por 25 horas presenciais (10 sessões) complementadas com 25 horas de trabalho individual do professor. Nas sessões de trabalho foram desenvolvidos os temas:

- Conhecimento geral da PHDA – Caracterização, Etiologia, Diagnóstico, Auto-conceito e Relacionamento interpessoal do aluno com PHDA;
- Intervenção na PHDA – Farmacológica, Comportamental, Cognitivo-comportamental e Multimodal;
- Intervenção em Contexto Escolar – Atitude do professor, Modificações ambientais, Gestão da sala de aula, Ambiente Educativo, Problemas Comportamentais, Problemas de Realização Académica: problemas de atenção, problemas de leitura, problemas de escrita, problemas na matemática e problemas na linguagem oral;
- Estratégias de Intervenção na PHDA – Estratégias de intervenção nos problemas comportamentais e Estratégias de intervenção na Realização Académica para: problemas de atenção, problemas de leitura, escrita, matemática e linguagem oral;
- Reflexão e análise das intervenções (desenvolvido em cada uma das sessões).

Durante a intervenção nos problemas comportamentais, o professor identificou os comportamentos problema do seu aluno com PHDA e conjecturou o comportamento funcional (a atingir). Posteriormente definiu estratégias e instrumentos que implementou, fazendo uma avaliação constante do seu trabalho, procedimentos registados num dossier elaborado para o efeito.

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

Para a análise das intervenções nos comportamentos problema dos alunos com PHDA, recorreremos à análise de conteúdo dos Dossiers elaborados pelos professores durante o Programa de Formação. De acordo com os diagnósticos de cada aluno, foram estratificados para esta análise dois grupos. Um de 9 alunos com PHDA tipo Misto e outro com alunos com PHDA sem subtipo identificado, abarcando 11 alunos.

3.1. Resultados da Intervenção Comportamental

Iniciando a análise pelos 20 alunos com PHDA, verificamos que 14 manifestam problemas comportamentais. No grupo de alunos tipo Misto (9), verificamos que tanto no comportamento como na realização académica, todos manifestam problemas cumulativamente aos dois níveis. Já no grupo de alunos com PHDA sem subtipo identificado, apenas 5 apresentam problemas de comportamento, sendo que 4 deles apresentam também problemas na realização académica.

Os professores identificaram e fizeram intervenção em 28 comportamentos problema. Verificamos que os comportamentos seguiam um padrão, que nos permitiu agrupá-los em 8 tipos: *Conflito com pares* (6 alunos); *Interrompe constantemente o professor e os colegas* (5 alunos); *Agressão com os pares* (5 alunos); *Incumprimento de regras* (4 alunos); *Estraga o seu material* (3 alunos); *Levanta-se sempre do lugar* (3 alunos); *Desafia o adulto* (1 aluno) e *Isola-se dos colegas* (1 aluno). De salientar que a grande maioria dos alunos apresentam mais do que um comportamento problema.

Analisando pelo subtipo de PHDA, constatamos que nos alunos com PHDA tipo Misto, o comportamento mais assinalado pelos professores é *“Interrompe constantemente o professor e os colegas”* (5 alunos), comportamento este que não foi reconhecido pelos professores dos alunos com PHDA sem subtipo identificado. Já o comportamento *“Conflito com pares”* predomina nos alunos com PHDA tipo Misto, abarcando 4 alunos

e caindo para metade nos alunos com PHDA sem subtipo identificado (2). O mesmo acontece no *“Incumprimento de regras”*, comportamento manifestado por 3 alunos com PHDA tipo Misto, contrariado nos alunos com PHDA sem subtipo identificado, já que só um aluno manifesta este comportamento. Quanto à *“Agressão”* apuramos que é um comportamento indicado nos dois grupos, manifestado em 3 alunos com PHDA tipo Misto e em 2 alunos com PHDA sem subtipo identificado. Já o comportamento *“Levanta-se sempre do lugar”* registou mais alunos com PHDA tipo Misto (2) e apenas 1 com PHDA sem subtipo identificado. Os comportamentos *“Estraga o seu material”* (3) e *“Desafia o adulto”* (1) e *“Isola-se dos colegas”* (1), foram reconhecidos exclusivamente nos alunos com PHDA sem subtipo identificado.

No que respeita às estratégias adoptadas pelos professores na intervenção dos comportamentos problema dos seus alunos, verificamos que as estratégias preventivas e potenciadoras de comportamentos adequados (lembretes, sinais /códigos, ignorar, contratos, economia de fichas, quadro de regras, auto-avaliação e colega tutor) foram as mais utilizadas, em ambos os grupos de alunos com PHDA. Nestas intervenções, foram utilizados 14 contratos em quase todos os comportamentos problema, exceptuando no *“conflito com pares”* e na *“agressão”* nos alunos com PHDA tipo Misto e no comportamento *“desafia o adulto”* nos alunos com PHDA sem subtipo identificado, claramente justificado pela necessidade de estratégias de maior contingência. A massiva adesão ao *contrato* pelos docentes reforça a perspectiva de Lopes et. al. (2006), quando afirma que os contratos são eficazes na modificação de uma variedade de comportamentos, desejados e indesejados, em alunos de todas as idades.

O recurso à economia de fichas revelou-se também determinante na intervenção comportamental ao ser adoptado principalmente pelos docentes dos alunos com PHDA tipo Misto, em 10 comportamentos problema. Apenas um docente recorreu a esta estratégia para intervir no comportamento *“estraga o seu material”* relativamente a um único aluno com PHDA sem subtipo identificado.

No que respeita às estratégias de maior contingência, retirar da tarefa, reprimendas, custo de resposta e time-out, foram utilizadas nos comportamentos *“conflito com pares”* e *“agressão”* dos alunos com PHDA tipo Misto e nos comportamentos *“conflito com pares”*, *“estraga o seu material”* e *“desafia o adulto”* dos alunos com PHDA sem subtipo identificado.

Em todos os comportamentos intervencionados, os resultados mencionados pelos professores, antecipam progresso do aluno, denotando menos frequência de comportamentos desadequados e manifestação de comportamentos mais ajustados no contexto de sala de aula. Verificamos também que os professores registaram progressos significativos (progrediu bastante) nos seus alunos em 15 comportamentos, atribuindo essa evolução às estratégias implementadas e ao envolvimento de toda a turma. No entanto, convém referir que todos os docentes são unânimes ao afirmarem que as estratégias têm de ser contínuas para que o comportamento não retroceda. Visão idêntica é defendida por Lopes (2003) ao referir que o professor deve ter um plano de acção sempre activo e adequado às exigências prementes dos alunos.

3.2. Resultados da conjugação da Intervenção Farmacológica e Comportamental

Identificamos sete alunos com PHDA que estavam a usufruir de intervenção farmacológica, por oposição aos restantes 13 que não usufruíam dessa intervenção. Foi nosso propósito verificar se os resultados da intervenção comportamental (IC) conjugada com a intervenção farmacológica (IF), eram similares aos resultados da intervenção apenas comportamental, analisando exclusivamente o parâmetro Progrediu Bastante.

Estratificamos, para esta análise quatro grupos de alunos: (i) alunos com PHDA tipo Misto com intervenção comportamental (IC) e intervenção farmacológica (IF), (ii) alunos com PHDA tipo Misto com IC, (iii) alunos com PHDA sem subtipo identificado com IC e IF e (iv) alunos com PHDA sem subtipo identificado com IC.

Constatamos que o único problema comportamental comum a todos os grupos é “*Conflito com pares*” e é nele que centramos a nossa discussão.

Restringindo-nos ao grupo de alunos com PHDA tipo Misto, verificamos que os professores de alunos com IC e IF utilizaram, até duas estratégias para alcançarem progressos significativos nos alunos, enquanto o docente do aluno com IC, recorreu a uma maior variedade de estratégias (5) para obtenção do mesmo resultado. O mesmo acontece com o grupo de alunos com PHDA sem subtipo identificado. Neste caso, no aluno com IC e IF, o professor utilizou apenas uma estratégia na intervenção, enquanto

o docente no aluno com IC, aplicou cinco estratégias para conseguir resultados idênticos.

Acresce ainda o facto de nos três meses de aplicação do programa, verificarmos que os registos dos resultados dos alunos, embora idênticos nos progressos, são distintos no decurso temporal. Comparando a melhoria comportamental de dois alunos com PHDA tipo Misto, no problema “*conflito com pares*”, constatamos que os resultados foram visíveis em menor tempo de implementação no aluno que usufruía das duas intervenções: “*Depois de aplicar a segunda estratégia, o aluno conseguiu o comportamento funcional delineado inicialmente*”, registo datado de 23 de Novembro de 2009. Já no aluno com IC, o registo evidencia que a melhoria do comportamento prolongou-se por mais tempo, recorrendo o professor a diversas estratégias para o conseguir: “*Notou-se uma diminuição dos comportamentos agressivos por parte do aluno, notando-se um esforço da sua parte evitando os conflitos*” registo datado de 22 de Janeiro de 2010. Deparamo-nos também com registos idênticos quando comparamos este comportamento problema nos alunos com PHDA sem subtipo identificado. No aluno com PHDA a usufruir das duas intervenções, a melhoria comportamental foi registada pelo professor no início de Dezembro, enquanto no registo do professor do aluno com PHDA apenas com intervenção comportamental, os resultados datam de 23 de Janeiro de 2010. Estas evidências, embora não se possam generalizar, dão-nos a indicação que nestes dois casos concretos, a conjugação das duas intervenções acarretou benefícios tanto para o aluno como para o professor, alcançando resultados positivos em menor tempo de implementação das estratégias de regulação comportamental. Estas constatações vêm corroborar estudos anteriores (NIMH, 1999, in NIMH, 2008) sobre a conjugação da intervenção farmacológica com a comportamental a qual apresenta resultados mais promissores. Posteriormente, também Pujol et al. (2006) concluíram que a sua implementação produz melhoras significativas nas crianças com PHDA intervencionadas, demonstrado no desempenho académico, no comportamento desafiante, nas relações interpessoais e na melhoria das competências sociais.

4. Conclusões

Concluída a análise dos dossiers dos professores, baseados na intervenção efectuada com os alunos com PHDA, acerca dos problemas comportamentais, permitimo-nos referir como mais relevantes as seguintes conclusões:

- (i) Em todos os comportamentos intervencionados, registamos progressos dos alunos, evidenciados em menor frequência de comportamentos desadequados e maior ocorrência de comportamentos mais ajustados.
- (ii) Num período de 3 meses, foram conseguidos progressos significativos em 50% comportamentos problema, justificado pelos professores, pelas estratégias usadas e pelo envolvimento de toda a turma.
- (iii) A conjugação das duas intervenções (farmacológica e comportamental) acarretou benefícios para os alunos, para os pares e também para os professores, alcançando resultados positivos em menor tempo de implementação.
- (iv) Verificamos unanimidade nos registos dos professores na continuação da intervenção comportamental, sob risco dos comportamentos funcionais conseguidos regredirem.
- (v) A aplicação do Programa de Formação aos professores foi eficaz, justificada nas melhorias conseguidas na intervenção nos alunos com PHDA.

Consideramos também, que o tempo de avaliação da intervenção comportamental (3 meses), embora reduzido, foi eficaz para a modificação de 50% dos comportamentos problema, indicação que deixamos para futuros estudos nesta área.

Referências

- ANTUNES, (2009). Mal-entendidos. Da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura. Lisboa: Verso da Kapa.
- BARKLEY, R. (2000). Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. New York: Guilford.
- BEKLE, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. Journal of Attention Disorders. Vol.7. nº3.

- CURRIER, R. (2004). The Relation Between Knowledge of ADHD and Treatment Acceptability in a Multi-disciplinary Pediatric Clinic. Louisiana: Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- DUPAUL, G. & STONER, G. (2007). TDAH nas Escolas. Estratégias de Avaliação e Intervenção. São Paulo: M. Books do Brasil Editora.
- EUROPEAN PROJECT GRUNDTVIG PARTNERSHIP. (2009). A Training Manual for Teachers on ADHD. Projecto “Parents and Teachers Working Hand in Hand: Training Programme for Parents and Teachers of Pupils with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)” Acedido a 6 Junho de 2009 em http://adhd.europole.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=44&Itemid=26.
- FALARDEAU, G. (1997). As Crianças Hiperactivas. Viver Hoje. Mem Martins: Edições Cetop.
- FERNANDES, E. (2007). Perturbação de défice de atenção e hiperactividade no âmbito escolar. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado não publicada.
- FERNÁNDEZ, S.; MÍNGUEZ, R. & CASAS, M. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Universidad de Barcelona, Consellería de Cultura, Educación y Deporte Universidad de Valencia. *Psicothema*. Vol. 19, nº 4, pp. 585-590.
- FONSECA, A. (1998). Problemas de Atenção e Hiperactividade na Criança e no Adolescente: Questões e Perspectivas Actuais. *Revista Psychologica*. Nº 19. Coimbra: Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.
- GHANIZADEH, A.; BAHREDAR, M. & MOEINI, S. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. Iran: Shiraz University of Medical Sciences. *Patient Education and Counseling*. Published by Elsevier Ireland Ltd.
- LOPES, J. (2003). A Hiperactividade. Coimbra: Quarteto Editora.

- LOPES, J.; RUTHERFORD, R.; CRUZ, M.; MATHUR, S.; QUINN, M., (2006). Competências Sociais: aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem. Coleção Psicologia Escolar. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- LOURENÇO, M. (2009). Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Atitudes de Professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa. Dissertação de Mestrado não publicada.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH – NIMH (1999). Last Updated: March 26, 2008. Multimodal Treatment Study of Children With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (MTA). ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00000388. Acedido a 21 de Agosto de 2009 em <http://clinicaltrials.gov/show/NCT00000388>.
- NATIONAL INSTITUTES OF MENTAL HEALTH - NIMH (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Publication No. 08-3572 U.S. Department of Health and Human Services. Acedido a 21 de Agosto de 2009 em <http://www.nimh.nih.gov/health/publicatio/attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete-index.shtnsm1>.
- PUJOL, B. et al., (2006). El aluno com TDAH. Trastorno por Déficit de Atención com o sin Hiperactividad. Guia Prática para Educadores. 2ª Edicion. Adana Fundació. Barcelona: Ediciones Mayo.
- RODRIGUES, A. (2004). Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção – Estudo de Estandardização e Propriedades Psicométricas das Forças Reduzidas das escalas de Conners Revistas para Professores e Pais com Crianças do Primeiro Ciclo. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação. Volume 1. Lisboa: FMH Edições, Tese de Doutoramento não publicada.
- SANCHES, I. (2005). Compreender Agir Mudar Incluir. Da Investigação-Acção à Educação Inclusiva. Revista Lusófona de Educação. N.º 5. 127-142.
- SCHWEIZER, C. & PREKOP, J. (2001). Crianças Hiperactivas. Biblioteca dos Pais. Porto: Ambar.

- SENA, S. & NETO, O. (2007). *Distraído e a 1000 por hora. Guia para familiares, educadores e portadores de Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperactividade*. Porto Alegre: Artmed.
- SMALL, S. (2003). *Attention-Deficit/hyperactivity disorder: General education elementary school teachers' Knowledge, training, and Ratings of Acceptability of Interventions*. Florida: Department of Psychological and Social Foundations College of education. University of South Florida.
- SOUSA, A. (2008). *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção e Dificuldades de Aprendizagem. Estudo de uma Amostra no Centro do País*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Braga: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado não publicada.
- STAHL & MIGNOM (2009). *Stahl's Illustrated. Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Medicine. Cambridge University Press.
- VASQUES, C. (1997). *Hiperactividade: Avaliação e Tratamento. Necessidades Educativas Especiais. Coleção Saber Mais*. Lisboa: Dinalivro.
- VILLAR, I. (1998). *Deficit de Atencion com Hiperactividad: Manual para Padres y Educadores*.
- WEBSTER-STRATTON, C. (2006). *The Incredible Years. Teachers and Children Series*. Seattle: USA.
- 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.