



Instituto
de Apoio
à Criança



InfoCEDI



DEZEMBRO 2009

N.º 21

BOLETIM DO CENTRO DE ESTUDOS, DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE A CRIANÇA
DO INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

FICHA TÉCNICA

Direcção de Publicação:

Ana Tarouca
Pedro Pires

Edição:

Instituto de Apoio à Criança
Largo da Memória, 14
1349-045 Lisboa

Periodicidade: Mensal

ISSN: 1647-4163

Distribuição gratuita

Endereço internet:

www.iacrianca.pt

Endereço blogue:

<http://criancasatortoeadireito.s.wordpress.com/>

Serviço de Documentação:

Tel.: (00351) 213 617 884

Fax: (00351) 213 617 889

E-mail: jaccdi@netcabo.pt

Atendimento ao público,

mediante marcação:

- de 2ª a 5ª feira, entre as
9.30 e as 16.00h;

- 6ª feira, entre as 9.30 e as
12.00h.

Para subscrever esta

newsletter envie-nos uma
mensagem para

jaccdi@netcabo.pt

Sobre A Criança com Hiperactividade e Défice de Atenção definimos

Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA)

Segundo a APA (American Psychiatric Association) (2002) o Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA), igualmente denominado Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), entre outras nomenclaturas, é um dos problemas de desenvolvimento da infância e da adolescência sobre o qual se têm debruçado diversos estudiosos, uma vez que este é o transtorno com maior impacto ao nível das salas de aula. O DHDA é um distúrbio neurobiológico que se caracteriza por um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos por impulsividade e/ou hiperactividade.

Durante muito tempo julgou-se a hiperactividade como a característica principal do DHDA, hoje em dia sabe-se que não é bem assim, existindo segundo o DSM-IV (2002), três tipos de DHDA:

- 1) Tipo Predominantemente Desatento: predominância de sintomas de desatenção;
- 2) Tipo Predominantemente Hiperactivo - Impulsivo: onde existe um maior número de sintomas de hiperactividade – impulsividade;
- 3) Tipo Combinado: existindo uma combinação entre sintomas de hiperactividade – impulsividade e desatenção;

Os dois últimos são os mais representativos.

Segundo Barkley (2006), a DHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica, e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores, atraso

Informamos que está disponível on-line o blogue do CEDI [Crianças a Torto e a Direitos](#) desde 14 de Dezembro. Visitem-nos!

"A PHDA não é uma doença dos tempos modernos. Há mais de uma centena de anos Still (1902, cit. por Lopes, 2003) descreveu um conjunto de crianças que apresentavam um excesso de actividade motora e um escasso controlo de impulsos".

[Lourenço \(2009, p. 24\)](#)

mental ou perturbação emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices de auto-regulação comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.

Relativamente ao diagnóstico, o DSM IV-TR (APA, 2002) refere que a perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas duma lista de dezoito, metade destes relacionados com problemas de atenção, e a outra metade relacionada com problemas de hiperactividade/impulsividade:

A. (1) ou (2):

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelos menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.

Falta de Atenção

(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, tarefas, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou actividades;

(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental continuado (tais como trabalhos escolares ou de casa);

(g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade/impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Hiperactividade

(a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

"Actualmente e no que se refere à definição da perturbação e das formas de diagnóstico, surgem sobretudo três grandes perspectivas, a Americana, a Francesa e a da Organização Mundial de Saúde. Contudo, é a Associação Americana de Psiquiatria que mais se tem dedicado ao estudo das crianças com PHDA".

[Lourenço \(2009, p. 25\)](#)

- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- (e) com frequência "anda" ou só actua como se estivesse "ligado a um motor";
- (f) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).

Segundo a APA (DSM-IV-TR, 2002), existem alguns critérios que servem de guia para o Diagnóstico desta perturbação. São eles:

- A) A característica essencial de DHDA é um padrão persistente de falta de atenção e impulsividade/hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento;
- B) Alguns sintomas de hiperactividade/impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Contudo, muitos sujeitos são diagnosticados depois de os sintomas terem estado presentes durante vários anos, especialmente no caso de indivíduos com o Tipo Predominantemente Desatento;
- C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações (por exemplo em casa, na escola ou no trabalho);
- D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral;
- E) A perturbação não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade). (DSM-IV-TR, 2002, p. 85)

Causas do aparecimento da DHDA na criança

A maioria dos modelos explicativos da DHDA fundamenta-se em componentes genéticos e ambientais. A DHDA é o resultado da influência social e cultural num

"Desde os anos 70 que há indicações de que as crianças com PHDA parecem ter pais com o mesmo problema ou pelo menos com outras desordens psiquiátricas".

[Lourenco \(2009, p. 39\)](#)

grupo de indivíduos que progressivamente e por questões de pré-disposição biológica tem maior probabilidade de desenvolver a perturbação.

Quando identificamos uma criança com DHDA, se pesquisarmos na mesma família, fatalmente encontraremos pessoas com o mesmo problema. Muitas vezes as manifestações do problema têm início na infância. Ninguém adquire a perturbação na adolescência ou idade adulta. No entanto estudos têm refutado esta ideia, por considerarem as dificuldades familiares serem mais consequência do que causa.

Há também teorias que defendem que factores de ordem cerebral são uma das causas da DHDA. As crianças com DHDA não produzem substâncias químicas suficientes em áreas-chave do cérebro, responsáveis pela organização do pensamento. Sem estas substâncias, os centros responsáveis pela organização do cérebro não funcionam correctamente.

A atitude dos pais nada tem a ver com a génese da DHDA. Mas parece cada vez mais evidente que problemas familiares (desentendimentos, separações, violência) e económicos (pobreza, desemprego) aumentam o risco de que problemas comportamentais e emocionais se acrescentem à DHDA. É claro, que num meio familiar afectuoso e tolerante, diminuirá a probabilidade do aparecimento dessas complicações (Falardeau, 1997).

Depois de vários estudos concluiu-se que provavelmente, as causas que conduzem à DHDA dependem de factores diversificados, familiar, cerebral e genético, sendo difícil determinar, na maior parte dos casos, uma etiologia precisa, já que não é detectável, nenhum dano cerebral. Apesar de se terem verificado progressos significativos ao nível da identificação das causas da DHDA, continua a ser difícil indicar um factor responsável por esta perturbação, o que permitiu atribuir-lhe diferentes tipos de teorias (Lopes, 2003).

Incidência da DHDA

As constantes alterações nos critérios de diagnóstico tem levado a diferentes prevalências e incidências para a DHDA.

A prevalência varia também em função do sexo, idade, estatuto sócio económico, raça/etnia de proveniência dos indivíduos e tipo de amostra utilizada nos estudos.

"Actualmente aceita-se que 66% dos casos de PHDA da infância se mantêm na idade adulta".

[Lourenço \(2009, p. 40\)](#)

Barkley (1981) refere que os rapazes apresentam maiores dificuldades de dar atenção a estímulos relevantes e inibir respostas a estímulos irrelevantes e King e Young (1981; cit. por Dehass, 1986) e Paulauskas e Campbell, (1979, cit. por Dehass, 1986) referem que apresentam também maiores problemas em termos de relação social. Assim, os rapazes hiperactivos terão maior tendência para o insucesso escolar (Whalen e Henker, 1980, cit. por Dehass e Young, 1984).

Para Salgueiro (1983), a instabilidade tem uma expressão diferente nos rapazes e nas raparigas, mais com "sintomas da série motora nos rapazes" e "sintomas de série depressiva nas raparigas" como tal as raparigas surgem menos nas consultas de psiquiatria, dado que a inibição é mais "suportável" do que a irrequietude.

Segundo, Serrano (1990), 8% dos rapazes em idade escolar sofreram de DHDA, contra apenas 2% das meninas. Esta discrepância pode estar relacionada com factores culturais e físicos e até a aplicação dos critérios de diagnósticos podem ser diferentes. É preciso salientar que os factores culturais são fulcrais, na medida em que, as expectativas dos pais e dos professores variam segundo o sexo. O autor aponta também diferenças hormonais ao nível do sistema nervoso central, dado que o processo de maturação no rapaz é mais lento, fazendo com que esteja mais vulnerável e influenciável, a comportamentos hiperactivos.

Ao longo de vários estudos verificou-se que a DHDA afecta com maior frequência os rapazes do que as raparigas, independentemente da idade ou de outras variáveis sócio-demográficas, sendo esta proporção aproximadamente, de 3 para 1.

Características da DHDA

São três as características fundamentais da DHDA (Défice de Atenção, Hiperactividade e Impulsividade) e consideradas pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico.

Défice de Atenção

O défice de atenção é uma característica muito importante da DHDA. A criança tem muita dificuldade em manter-se atenta por longos períodos de tempo.

Vários estudos mostram que as crianças com DHDA apresentam problemas académicos derivados das dificuldades ao nível da atenção, como por exemplo não terminarem as suas tarefas, sobretudo as mais monótonas como as que implicam a escrita, a leitura, a matemática ou exposição de um assunto

"As crianças na primeira infância podem já apresentar características que indiquem que poderão ser crianças com PHDA. São bebés irritáveis, com padrões irregulares de alimentação, muitos têm dificuldade em dormir, são muito activos, têm dificuldade em brincar sozinhos. Apresentam já problemas de atenção e de higiene diária (controlo de esfíncteres)".

[Lourenço \(2009, p. 54\)](#)

oralmente. Por outro lado apresentam mais dificuldades de memorização e de seguir instruções. Como tal devem ser ensinadas de forma diferente, mesmo em relação àquelas com dificuldades de aprendizagem.

Ao nível da atenção, embora as capacidades de processamento de informação se encontrem intactas, estas crianças revelam um desempenho fraco em tarefas que lhes cedam suporte diminuto, revelem pouco interesse ou se encontrem associadas a factores de distração.

Hiperactividade

As crianças com DHDA apresentam, geralmente actividade motora excessiva. Segundo Barkley (1981) o excesso de actividade motora surge sobretudo em situação de sala de aula, dado que é aí que a exigência ao nível da concentração e inibição da actividade se torna maior. Respondem também com maior agressividade (quer física quer verbal). Assim são consideradas mais imaturas em termos sociais e emocionais.

A criança com hiperactividade é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo. (Falardeau, 1997).

"Refere-se aos níveis excessivos de actividade motora ou oral, características da criança com hiperactividade, o que faz dela uma criança muito inquieta nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados e "faladora", (Barkley, 1998 cit. por Lopes, 1998, p. 18).

São também sujeitas a mais sanções, reprimendas e castigos do que as crianças sem DHDA (Melo, A. R., 2003).

Impulsividade

As crianças com DHDA respondem mais rapidamente e cometem mais erros do que as outras, quando submetidas às mesmas condições de avaliação. Agem sem pensar nas consequências do seu comportamento. A impulsividade manifesta-se por impaciência, responder antes de ouvir a pergunta, dificuldade em esperar, interromper os outros, dificuldade em seguir instruções, fazer comentários inoportunos, partir objectos sem querer ou mexer nas coisas dos outros (APA, 1994).

A impulsividade consiste na dificuldade em regular a conduta, uma vez que

"Segundo Barkley(1981) a maioria das crianças manifesta sintomas de hiperactividade antes dos 5 anos de idade, com excepção daquelas que desenvolvem uma hiperactividade secundária, originada por uma lesão cerebral ou traumatismo neurológico. Muitas das crianças designadas na idade escolar já manifestavam sintomas esses que tendo sido minorados pela atenção dos pais, não foram detectados. Assim pode dizer-se que a maioria dos sintomas de instabilidade têm início na primeira infância ou início da adolescência da pré-escolaridade".

[Lourenço \(2009, p. 54\)](#)

passam à acção, sem reflexão prévia o que se traduz por uma não aceitação das regras sociais, exigem a satisfação imediata dos seus desejos e e manifestam tendência para praticar actividades perigosas (Barkley, 2006).

Características que podem surgir associadas à DHDA

São muitas as características que podem surgir associadas à DHDA, mas nem todas as crianças com DHDA apresentam todas essas características:

- Problemas cognitivos. Ligeiras dificuldades intelectuais, dificuldades na leitura (dislexia), na escrita (disgrafia), na matemática ao nível do cálculo (discalculia) ao nível da memória de trabalho verbal e não verbal...).
- Diversas dificuldades de aprendizagem, que levam a atrasos em algumas áreas de conteúdo, nomeadamente na leitura, na escrita, na expressão oral, no cálculo, etc. (Falardeau, 1997).
- Problemas de linguagem (disfasia, dislalia, disartria e distúrbios do ritmo). Atraso no início da aquisição da linguagem, dificuldades no discurso oral, falar excessivamente...
- Dificuldades nas actividades motoras, autonomia, responsabilidade pessoal, independência social e nas relações sociais... Estas crianças podem ter também atraso no desenvolvimento do coordenação motora (descoordenação motora e excesso de movimentos)...
- Dificuldade em controlar as suas emoções. Dificuldade em lidar com a frustração, irritam-se com muita facilidade, são hostis, apresentam baixa auto-estima, são imprevisíveis, apresentam variabilidade de humor...
- No campo das Emoções e Afectividade uma das principais características descritas é a dificuldade de auto-regulação das emoções. A irritabilidade a hostilidade, a excitabilidade e um hiper reactividade emotiva são frequentemente descrições da criança com DHDA.
- Podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, retenções, necessidade de um tutor, suspensões e expulsões escolares, não terminar o ensino secundário...
- Pouca persistência e baixa motivação, na realização das tarefas...
- Maior tendência para acidentes, possível atraso de crescimento durante a infância, dificuldades de sono...
- Dificuldade em cumprir instruções, regras, ordens...

"Aos três, quatro anos de idade, já se observam diferenças entre crianças com PHDA e crianças sem PHDA.

As características relacionadas com a PHDA surgem, por volta dos 3, 4 anos e sempre antes dos 7 anos de idade.

No entanto as dificuldades nem sempre se sentem com o início dos sintomas e vão-se acentuando quando as exigências do meio assim o exigem, sobretudo no meio escolar".

[Lourenço \(2009, p. 55\)](#)

DHDA e Comorbidades Psiquiátricas

Comorbidade é um termo médico primeiramente utilizado por Feinstein em 1970. O termo refere-se à coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas. Feinstein descreve a comorbidade como "qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença index esteja sob estudo". Em epidemiologia psiquiátrica, a ênfase é dada ao risco relativo (*odds ratio*): probabilidades de um portador de um determinado transtorno tornar-se mais predisposto a desenvolver outro. Para haver comorbidade, é importante a relação e a continuidade temporal entre os dois transtornos, que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro.

Têm sido feitos estudos em relação à comorbidade entre DHDA e Perturbação de Oposição e da Conduta, DHDA e Perturbações do Humor e da Ansiedade, DHDA e Doença Bipolar, DHDA e Perturbações Psicossomáticas, DHDA e Dificuldades de Aprendizagem, DHDA e Perturbação da Leitura, Deficiência Mental e DHDA, Síndrome de Tourette e DHDA e verificou-se que existe prevalências de comorbidades entre a DHDA e as referidas Perturbações Psiquiátricas.

Pode ler mais em **A TDAH e suas comorbidades**, disponível [aqui](#).

Como avaliar e intervir na DHDA

Conceptualmente, avaliar é um processo de recolha de dados com o objectivo de especificar e verificar problemas e tomar decisões sobre os indivíduos. O diagnóstico das crianças com DHDA é um diagnóstico difícil de fazer. As crianças têm comportamentos muito diferentes umas das outras e também não existe nenhum exame rigoroso que confirme com toda a certeza se a criança tem DHDA. Os testes psicológicos têm contribuído para ajudar no diagnóstico da DHDA.

A avaliação deve ser feita por vários especialistas, pediatra, psicólogo, psiquiatra, neurologista e outros se necessário. Não existe nenhum sinal físico nem alteração de resultados de análise que possam confirmar ou negar um diagnóstico. O diagnóstico é essencialmente clínico baseado em critérios comportamentais. A avaliação da DHDA implica a utilização de diferentes instrumentos, com diferentes objectivos, e quase sempre uma equipa multidisciplinar. Na maior parte das vezes a avaliação da DHDA tem como objectivo a determinação do diagnóstico. O trabalho multidisciplinar é fundamental, tanto no diagnóstico como no tratamento.

"Quando a criança começa a frequentar o 1º ciclo os comportamentos que se verificaram no pré-escolar vão agravar-se ainda mais são crianças muito imaturas a todos os níveis. As crianças começam a apresentar dificuldades de aprendizagem, não conseguem estar sentadas e concentradas muito tempo, seguir instruções, cooperar, partilhar, têm dificuldade em organizar o material, não cumprem as tarefas até ao fim e tornam-se crianças isoladas".

[Lourenço \(2009, p.57\)](#)

O diagnóstico da DHDA requer que a criança preencha os critérios de diagnóstico do DSM-IV acima enumerados, de forma a minimizar os riscos de equívoco e visto os referidos critérios reunirem um maior consenso no corpo clínico.

Fontes:

DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - é uma publicação da **American Psychiatric Association**, Washington D.C., editada em 1994 e revista em 2000 (sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação "DSM-IV"). Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivos, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental.

[Disponível on-line»](#)

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 (2009)

[Disponível on-line »](#)

A relação entre hiperactividade, motivação e sucesso escolar (2009)

[Disponível on-line »](#)

Sobre A Criança com Hiperactividade e Défice de Atenção recomendamos:

Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperactividade: estudo para a aferição à população portuguesa (2009) - O objectivo desta dissertação de mestrado foi "a tradução, adaptação e estudo de um instrumento para a avaliação da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (DHDA) na população escolar portuguesa, a EDAH (Evaluación del transtorno por Déficit de Atención con hiperactividade), de Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia, 5ª Edição (2003). A EDAH é composta por 20 itens, com duas subescalas de 10

itens cada: 1. Hiperactividade/Défice da Atenção e 2. Problemas de Comportamento (PC). Por sua vez, a primeira subescala compõe-se de duas subescalas, com cinco itens cada: Hiperactividade/impulsividade (HP) e Défice da Atenção (DA). A versão final portuguesa foi administrada a 68 professores de 27 escolas, resultando numa amostra total de 1092 alunos, 551 rapazes (50,5%) e 541 raparigas (49,5%), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, do 1º ao 6º ano escolar, contemplando um total de seis Distritos”.

[Disponível on-line »](#)

ADHD-Europe Declaration about AD/HD (2009) – “...we urgently ask all policymakers, healthcare professionals, educators, the media and the general public to make sure that they keep the basic human rights of all children, adolescents and adults who suffer from AD/HD in mind when dealing with, or making statements about, this condition so that those afflicted by this condition are given the opportunity to live productive lives in spite of having a handicap that will be with them all their lives”.

[Disponível on-line »](#)

Diversidade de resultados no estudo do transtorno de deficit de atenção e hiperactividade (2009) – “Com este artigo pretende-se abordar a problemática da diversidade de dados na investigação do Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperactividade (TDAH). Apresenta-se uma revisão da literatura centrada na heterogeneidade de conclusões relativas à caracterização do transtorno, à distinção dos subtipos, aos contextos de informação, às diferenças de género e à comorbidade”.

[Disponível on-line »](#)

A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção (2008) – Artigo publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral por médicos do Hospital Pediátrico de Coimbra: “A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção é um distúrbio comportamental crónico, com capacidade para afectar significativamente ao longo da vida o desempenho académico, familiar, emocional, social e laboral. Uma avaliação cuidadosa permite o diagnóstico, que é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais. Raramente têm indicação exames complementares de diagnóstico. Outras perturbações associadas, são factor de risco para uma evolução menos favorável, devendo ter-se em consideração potenciais comorbidades. A intervenção terapêutica deve ser individualizada e a abordagem multidisciplinar, incluindo na maioria dos casos,

"Estas crianças têm um rendimento escolar baixo, inferior às suas capacidades e manifestam frequentemente sérias dificuldades em situações de aprendizagem, uma vez que o contexto escolar (sala de aula) lhes exige, não só competências académicas, mas também sociais, que se esperam de qualquer aluno. As relações com os pais pioram, isto porque os pais consideram que não podem confiar nos filhos e passam muito tempo a supervisionar o que os filhos fazem. Na generalidade, as crianças com PHDA, preferem parceiros com o mesmo problema".

[Lourenço \(2009, p. 58\)](#)

modificações comportamentais e recurso a terapêutica com psico-estimulantes. Diversos factores influenciam a evolução, e o prognóstico nem sempre é favorável. Pretende-se, com esta revisão bibliográfica contribuir para o esclarecimento da envolvimento de uma patologia prevalente, mas muitas vezes subdiagnosticada e subvalorizada".

[Disponível on-line »](#)

Revista Diversidades, Ano 6 - N.º 21, Julho-Setembro 2008 – Da responsabilidade da Direcção Regional Educação Especial Reabilitação da Madeira, este número é inteiramente dedicado a este tema. Contém os seguintes artigos: Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção; Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico—Terapêutico; Estratégias para a DHDA em Contexto Escolar.

[Disponível on-line »](#)

O TDAH: entre as funções, disfunções e optimização da atenção (2008) -

"Este artigo analisa a expansão do diagnóstico do Transtorno do Deficit de Atenção/Hiperactividade (TDAH) e suas controvérsias. Desde a década de 80 o TDAH tem sido descrito como uma disfunção neuropsiquiátrica que inicia na infância e continua na vida adulta. O TDAH é visto pelas autoridades médicas internacionais como um problema de ordem pública. Não obstante, apesar de sua legitimidade médica e biológica ser defendida pelo discurso neuropsiquiátrico, a polémica ao seu redor cresce e se fortalece. Dentre os aspectos críticos do diagnóstico, nosso objectivo principal é analisar as fronteiras frágeis que ele estabelece com as funções e disfunções da atenção e sua optimização. Como diferenciar os sintomas do transtorno da atenção das queixas dos indivíduos que buscam sua optimização? Concluímos o artigo sugerindo questionamentos éticos que devem ser incorporados à clínica diagnóstica e terapêutica do TDAH".

[Disponível on-line »](#)

Facts, values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies (2008) – "This commentary explains why informed people can disagree about ADHD diagnosis and treatment".

[Disponível on-line »](#)

Resiliência e transtorno do deficit de atenção/hiperactividade (2007) –

"Este artigo tem como objectivo fazer uma actualização acerca dos conceitos de

"A adolescência para as crianças com PHDA constitui também um período muito difícil da sua vida.

A situação escolar é o maior problema do adolescente que tem no seu percurso inúmeros falhanços e insucessos a esse nível. A criança instável torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbios do comportamento e ocasionalmente dificuldades específicas de aprendizagem (...)

As crianças com PHDA tentam desesperadamente ganhar a confiança dos colegas e para conseguir isso, mentem, roubam e entram em conflitos.

(...) a adolescência para o indivíduo com PHDA torna-se um período especialmente complicado, devido ao aumento de exigência ao nível da responsabilidade, identidade, mudança de aparência corporal, aceitação por parte do grupo, relações com o sexo oposto, etc."

[Lourenço \(2009, p. 59\)](#)

resiliência, factores de risco e factores de protecção, correlacionando-os com o impacto do transtorno do deficit de atenção/hiperactividade (TDAH). Resiliência descreve a capacidade do indivíduo de, uma vez exposto a stress, resistir e vencê-lo. A família está envolvida no conceito de resiliência, tanto pela sua capacidade de interferir na resiliência dos seus indivíduos componentes quanto na habilidade de responder como uma unidade funcional resiliente, diante do stress. O relacionamento com figuras afectivamente importantes na infância, o número pequeno de stressores, e o entendimento subjectivo em relação ao stressor são factores que influenciam a capacidade de ser resiliente. A ausência de comorbidades (a comorbidade consiste na predisposição de, por ter determinado transtorno, desenvolver outro associado ao primeiro), de problemas de conduta ou de relacionamento com colegas, bem como de sintomas somáticos ou problemas de coordenação, está associada com menor impacto negativo do TDAH".

[Disponível on-line »](#)

Sleep disturbances in 50 children with attention-deficit hyperactivity disorder (2007)

[Disponível on-line »](#)

Caracterização do perfil psicomotor de crianças com transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDA/H) (2007) – "O objectivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil psicomotor de crianças entre 6 e 11 anos de idade com diagnóstico clínico comprovado de transtorno do deficit de atenção e hiperactividade. Participaram da presente pesquisa 10 crianças que frequentaram, entre Abril de 2006 e Junho de 2006, o Ambulatório de Psiquiatria Infantil de um Hospital de uma cidade do interior do estado de São Paulo".

[Disponível on-line »](#)

Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção - Um problema Negligenciado (2007)

[Disponível on-line »](#)

Prevalência do transtorno do deficit de atenção e hiperactividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares (2007) - O transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDAH) é comum em crianças na idade escolar e frequentemente apresenta-se em comorbidade com outros distúrbios

"Muito embora os comportamentos de excesso de actividade motora diminuam ao ponto de quase atingirem um nível igual ao de outros adolescentes, outros problemas prevalecem e agravam-se o que torna este o período mais problemático de todas as fases de desenvolvimento da hiperactividade. Na adolescência cerca de 40% a 60% das crianças hiperactivas apresentam problemas de auto-estima e depressão.

A PHDA na adolescência parece constituir um factor de risco para o abuso de substâncias tóxicas e o alcoolismo.

[Lourenço \(2009, p. 60\)](#)

psiquiátricos. No Brasil, há escassez de estudos em amostras não-clínicas. O objectivo deste estudo é calcular a prevalência deste transtorno e suas comorbidades numa amostra de crianças em idade escolar. Os resultados apontam para a prevalência para o TDAH ser de 8,6%. As comorbidades deste transtorno estão presentes em 58% dos casos, sendo o transtorno opositivo-desafiador, encontrado em 38,5% dos casos, o mais frequente.

[Disponível on-line »](#)

Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças (2007)

[Disponível on-line »](#)

Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDAH) em tarefas de atenção visual (2006) –

“Os critérios propostos pelo DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para o diagnóstico do transtorno de deficit de atenção/hiperactividade (TDAH) contemplam duas dimensões sintomáticas distintas, permitindo os seguintes tipos diagnósticos: com predomínio de desatenção, combinado e com predomínio de hiperactividade/impulsividade. Estudos mostraram algumas diferenças quanto ao impacto das diferentes dimensões sintomáticas, sugerindo que os sintomas de desatenção tendem a se associar a comprometimentos académico (Gadow et al., 2004) e neuropsicológico (Chhabildas et al., 2001; Gadow et al., 2004; Schmitz et al., 2002), ao passo que os sintomas de hiperactividade/impulsividade estão mais associados a problemas comportamentais (Gadow et al., 2004).

Em recente estudo longitudinal com duração de 8 anos, Lahey et al. (2005) demonstraram que o número de sintomas de desatenção tendia a aumentar conforme crianças portadoras de TDAH avançavam nas séries pré-escolares, o que provavelmente estaria associado ao aumento das demandas académicas. Por outro lado, os sintomas de hiperactividade tendiam a diminuir com o passar dos anos. Desta forma, observou-se significativa diminuição do número de indivíduos que atendiam aos critérios para TDAH com predomínio de hiperactividade/impulsividade com o passar dos anos, além de aumento das taxas daqueles com predomínio de desatenção ao final dos 8 anos. Esses achados corroboram os achados de outros estudos, que observaram que os indivíduos com predomínio de desatenção tendiam a ser mais velhos que aqueles com predomínio de hiperactividade/impulsividade (Chhabildas et al., 2001; Gadow et al., 2004). Gadow et al. (2004) demonstraram ainda que a classificação por tipos pode variar de acordo com o informante, sugerindo que o relato dos responsáveis tende a ser mais preciso que dos professores, uma vez que estes últimos

comummente observam os indivíduos apenas em ambiente escolar".

[Disponível on-line »](#)

Transtorno do deficit de atenção e hiperactividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual (2006) – O objectivo foi "identificar se o desempenho num teste de atenção visual permite diferenciar crianças e adolescentes portadoras de TDAH de indivíduos normais. Métodos: 102 crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH, segundo os critérios do DSM-IV, submeteram-se ao Teste de Atenção Visual (TAVIS-III) e tiveram seus desempenhos comparados a 678 controlos pareados de um grupo controle. Os indivíduos foram seleccionados de duas escolas particulares e uma escola pública, de modo sequencial com autorização dos pais".

[Disponível on-line »](#)

Anxiety disorders in an attention deficit/ hyperactivity disorder clinical sample (2005) – O objectivo deste estudo foi avaliar a presença de transtornos de ansiedade numa amostra clínica referida de crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDAH).

[Disponível on-line »](#)

Transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da actividade motora (2005)

[Disponível on-line »](#)

Attention deficit hyperactivity disorder: a predictive model of comorbidity with behaviour disorder (2005) – Artigo publicado no periódico *Psychology in Spain*, 2005, Vol. 9. Nº. 1.

[Disponível on-line »](#)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad (2004)

[Disponível on-line »](#)

Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperactividade em crianças: alerta para pais e professores (2003) –

“Este trabalho consta de pesquisa bibliográfica sobre as características, causas, tratamento e orientações sobre como lidar com o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperactividade (TDAH) na infância. Sabe-se que, em geral se associa a dificuldades na escola e no relacionamento com as demais crianças, pais e professores. Os portadores não conseguem realizar os vários projectos que planejam e são tidos como "avoados", "vivendo no mundo da lua", geralmente "estabanados" e com o "bicho-carpinteiro". A criança portadora de TDAH, nos demonstra com mais precisão as características da doença em idade escolar, e sendo assim, a compreensão do fenómeno TDAH, é importante para preparar o professor para lidar melhor com seus alunos e ser capaz de diferenciar a hiperatividade de um comportamento indisciplinado. Confirmamos pela literatura pesquisada que pessoas com TDAH passam boa parte de sua vida sendo consideradas incapazes, tendo sua auto-estima rebaixada apresentando dificuldades em relacionar-se socialmente. Acreditamos que as escolas ainda deixam muito a desejar, confundindo TDAH com indisciplina, má vontade, preguiça, má fé. O próprio amadurecimento do nosso conhecimento através da realização da pesquisa evidenciou que a acção pedagógica do professor não pode ser definida isoladamente senão em contacto com médicos e terapeutas que fazem o tratamento da criança hiperactiva e/ou desatenta, uma vez que condutas diferenciadas devem ser assumidas em cada caso particular. A partir desta pesquisa, sugerimos que poderiam ser veiculados através dos meios de comunicação orientações sobre o TDAH e paralelamente a isto, serem programados cursos, palestras sobre TDAH, voltada para professores (principalmente do ensino fundamental), pais (de indivíduos com TDAH) e interessados em geral”.

[Disponível on-line »](#)

Historical Definitions and Nomenclatures of the Label ‘ADHD’: An Investigating into Attention-deficit and Hyperactive Behavior through Time (2002) – “The purpose of this study was to examine whether attention-deficit or hyperactive behavior has always been present but overlooked by society in general. Of particular interest were the differing labels used throughout history describing symptoms akin to those now attributed to the mental disorder ‘ADHD’ (APA, 1994). These labels have been isolated and their relation to ADHD identified. Awareness of select social influences promoting the use of such labels has also been discussed and for which reason (in lack of) supports earlier non-specific recognition of non-threatening misbehavior”.

[Disponível on-line »](#)

Perturbação de hiperactividade com défice de atenção (2001) – “A perturbação de hiperactividade e défice de atenção constitui um problema clínico frequente e importante em Pediatria. Por isso, o autor faz uma breve reflexão sobre a prevalência, a etiologia, as manifestações clínicas, as condições coexistentes, a avaliação e o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico desta perturbação. Fornece, ainda, informação prática e guia o leitor, essencialmente, na tomada de decisões quanto ao seu diagnóstico e à sua terapêutica”.

[Disponível on-line »](#)

A Criança com Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA) na Escola

“A literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a DHDA (...) Sugere-se também que os professores têm geralmente pouco conhecimento sobre a natureza, curso, causas, e consequências da DHDA, e que tendem a esconder as próprias percepções sobre intervenções apropriadas para esta população. (Pffiffner e Barkley (1990) cit Sciutto et al. 2000)”.

[Lourenço \(2009, p. 14\)](#)

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 (2009) – Dissertação de Mestrado em Educação Especial de Maria Isabel Salvador Rico Lourenço: “O presente estudo pretendeu explorar e comparar as percepções dos 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, de um Agrupamento de Escolas relativamente às variáveis de Conhecimento (características, prevalência, etiologia, evolução, diagnóstico, problemas associados), Percepções de Impacto (efeitos no contexto) e Atitudes (formas de intervenção e estratégias de sala de aula) em relação a crianças/jovens com DHDA. Este estudo tem carácter sobretudo exploratório (descritivo) como uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados. O instrumento de pesquisa utilizado para servir de instrumento de recolha de dados constou de um questionário por inquérito. De um total de N=190 inquéritos distribuídos, foram recebidos N=110, os quais foram sujeitos a tratamento estatístico. Os resultados mostram que os participantes demonstram ter conhecimento sobre a DHDA. Quanto ao impacto são as “Dificuldades de Aprendizagem”, a “Dificuldade na Relação com os Pares” e o “Não aceitar e respeitar as regras” que segundo os professores provocam maior desadaptação no contexto escolar. Em relação à atitude bem como às estratégias a utilizar, estes revelaram utilizar diversas estratégias no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. Os dados apurados relativamente à comparação entre ciclos, sugerem diferenças entre o 1º, 2º e 3º ciclo relativamente ao conhecimento, ao impacto, à atitude e às estratégias utilizadas com as crianças com DHDA”.

[Disponível on-line »](#)

"Deve ser feito um esforço por parte de todos os agentes educativos para que sejam desenvolvidas estratégias que visem a inclusão de todas as crianças na escola. A organização da escola deve fazer um esforço acrescido no sentido de criar condições na sua estrutura para facilitar a implementação de novas políticas, culturas e práticas inclusivas (Ainscow, 2002)".

[Lourenço \(2009, p. 15\)](#)

A relação entre hiperactividade, motivação e sucesso escolar (2009) – “O presente trabalho situa-se na área de educação especial, incidindo fundamentalmente no Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção (DHDA) e mais especificamente, no contributo que a motivação pode ter no sucesso da leitura e da escrita em crianças com DHDA. Com este trabalho pretende-se investigar a relação que, por vezes, existe entre o fraco desempenho que as crianças com DHDA apresentam na leitura e na escrita e como a aplicação de estratégias motivadoras poderão ajudar a ultrapassar essa limitação. Para isso, tentamos perceber e comparar também, qual o comportamento manifestado neste domínio pelos seus pares. O que conseguimos observar foi que, no grupo de pares do jovem em questão, existia o mesmo tipo de desmotivação que havíamos verificado neste. Como tal consideramos que, neste caso, poderá ser benéfico para a turma em geral ter uma criança com NEE, mais propriamente com DHDA, na sala de aula, visto todos poderem usufruir das estratégias postas em prática”.

[Disponível on-line »](#)

A Educação Científica de Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Actas do III Encontro de Educação em Ciências (2009) – Editado pelo Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro:

“O número de alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) incluídos nas escolas regulares aumentou significativamente nos últimos anos, em muitos países, tendo vários factores contribuído para a sua viabilidade. Nesta comunicação, caracterizarei a filosofia da inclusão, nomeadamente as várias abordagens e posições que se encontram na literatura e no dia-a-dia escolar. O conceito de necessidades educativas especiais (NEE), hoje generalizado a todas as escolas portuguesas, reflecte o postulado da filosofia da inclusão e segundo Correia (2008) engloba alunos que “por exibirem determinadas condições específicas podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, social e emocional” (p. 23). Por condições específicas entende-se alunos com autismo, problemas intelectuais, dificuldades de aprendizagem específicas, desordem por défice de atenção e hiperactividade, problemas sensoriais (visuais e auditivos), problemas emocionais ou de comportamento, problemas de comunicação, linguagem e fala, problemas motores, problemas de saúde, traumatismo craniano, multideficiência e cegos-surdos. Por serviços de educação especial entende-se um conjunto de serviços especializados no âmbito

educativo, terapêutico, médico, social e psicológico, que visam “a prevenção, redução ou supressão da problemática do aluno” (Correia, 2008, p. 23-24)” (p. 12)

[Disponível on-line »](#)

A Criança Hiperactiva: o olhar da inclusão (2009) – “A Hiperactividade, também conhecida como Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperactividade (TDAH) é uma condição de maior prevalência em crianças de idade escolar. Seus sintomas de desatenção, hiperactividade e impulsividade podem levar a um baixo desempenho académico. No Brasil, as pesquisas apontam que 4 a 6% das crianças em idade escolar possam ter hiperactividade. Pelo facto de ser ainda um tema pouco difundido tem sido uma das grandes dificuldades enfrentadas pelas escolas inclusivas. Neste sentido, tem sido um desafio para a escola aprender a lidar com estas crianças, conhecer suas limitações e respeitá-las. Este artigo visa uma discussão a respeito da criança hiperactiva e a sua inclusão no lócus pedagógico”.

[Disponível on-line »](#)

O professor e a indisciplina do aluno em sala de aula: atitudes que podem evidenciar o “TDAH” (2009) – “Que atitudes dos alunos do Ensino Fundamental em sala de aula (entre 7 e 12 anos incompletos) podem evidenciar o TDAH?” (...): (a) agitação anormal das mãos e pés ou ficar se remexendo em cadeiras, (b) “desligar-se” quando lhe dirigem a palavra, (c) falar em excesso, (d) responder as perguntas antes de elas terem sido terminadas, (e) esquecer datas, compromissos e tarefas, (f) não conseguir organizar tarefas com objectivos determinados, (g) não conseguir ficar sentado ou quieto, e (h) ficar correndo na sala e subindo nos móveis de maneira descontrolada”.

[Disponível on-line »](#)

O professor do ensino fundamental e os alunos em sala de aula: uma distinção entre indisciplina e indícios de TDAH (2009) – “O presente artigo é escrito sob o contexto da Educação, mais especificamente sob o âmbito o da psicopedagogia. Tem como objectivo propor uma sistemática que auxilie o professor do ensino fundamental distinguir comportamentos indisciplinados de indícios de TDAH em seus alunos em sala de aula (crianças de 7 a 12 anos incompletos)”.

[Disponível on-line »](#)

Experimental training of children with attention deficit/hyperactivity disorder (2009) – “Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) negatively affects the cognitive and psychomotoric spheres of the pupil’s social behavior and social adaptation. The review of many studies states that pupils with AD/HD achieve worse learning results because of insufficiently functioning cognitive processes, such as attention, (work) memory, thinking, problem solving, language, small- and large- scale motorics. Behavioral features, exhibited with AD/HD, include low-frustration tolerance, temper problems, persistence, emotional liability, depression, peer rejection, poor self-concept and poor self-esteem. Because of insufficiency of the cognitive processes, the difficulties of social behavior and social adaptation, pupils with AD/HD more often have a dysfunction of pupils’ role that manifests by learning difficulties and behavior problems. The manifestation of the disorder in the younger school age in the context of children’s school activities and roles actualizes the exceptional interest of the educational science in the analyzed phenomenon. The search and construction of effective means of socio-educational help for AD/HD primary class pupils should be associated with coordination and adaptation of different effective educational methodologies of different conceptual origin. In order to develop cognitive, psycho-motoric abilities and social behavior of the group of primary class pupils with AD/HD (N=22), activities of supplementary education were organized after classes (their duration was 6 months). During the forming experiment, original methodologies were constructed and national and foreign researchers’ educational methodologies were adapted and tested in new, specific conditions (methods of fairy-tales, correction of cognitive behavior, graphical-logical tasks, games in the sport hall). Even by relatively rare activities of supplementary education in a homogeneous group of children suffering from AD/HD positive changes of cognitive, psychomotoric sphere, social behavior and social adaptation were achieved.

[Disponível on-line »](#)

A organização narrativa em crianças com DHDA: estudo exploratório sobre o impacto da medicação psico-estimulante na matriz narrativa (2008) - Dissertação de Mestrado em Psicologia pela Universidade do Minho.

[Disponível on-line »](#)

Comparação do desempenho em leitura de palavras de crianças com e sem transtorno de deficit de atenção/hiperactividade (2008) – Este estudo concluí que “as diferenças encontradas foram mais quantitativas que

qualitativas e podem ser justificadas pela falta de atenção do leitor à grafia da palavra; os leitores com TDA/H utilizaram-se preferencialmente do processamento fonológico, apresentando dificuldades de intensidades variadas no processamento lexical; demonstrou-se que a atenção compromete a leitura no nível da descodificação de palavras isoladas”.

[Disponível on-line »](#)

Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment (2008)

– O objectivo é comparar o desempenho de crianças e adolescentes portadores de transtorno da falta de atenção com hiperactividade e controlos de amostra clínica ampla utilizando alguns dos testes de atenção brasileiros mais utilizados.

[Disponível on-line »](#)

Distúrbio Hiperactivo com Défice de Atenção e Problemas de Aprendizagem (2007)

– “Os pressupostos inerentes a esta investigação centram-se em: i) Aprofundar conhecimentos sobre a Hiperactividade (DHDA) na Infância e ii) Conhecer a relação existente entre a Hiperactividade (DHDA) e os Problemas de Aprendizagem (PA) nas crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico. Utilizando uma metodologia quantitativa, procedemos à recolha de dados através de dois inquéritos por questionário. O primeiro (com duas questões) pretendeu identificar a amostra e foi dirigido a todas as Equipas de Coordenação de Apoio Educativo, da zona Norte. Ao identificarmos 71 alunos com DHDA a frequentar o 1.º Ciclo, procedemos ao envio dos respectivos inquéritos por questionário, com o objectivo de dar resposta ao estudo, ficando a amostra em 47 alunos. Os resultados obtidos, suportam as hipóteses previamente formuladas ao comprovarem que as crianças com DHDA integradas no 1.º Ciclo, apresentam Problemas de Aprendizagem nas áreas curriculares de Língua Portuguesa, Matemática e Meio Físico e que comparativamente com o grupo/turma, quando usufruem de Apoio Educativo, demonstram progressos nas aprendizagens e/ou comportamentos, sem atingir o nível médio da turma”.

[Disponível on-line »](#)

Prevalência do transtorno de deficit de atenção e hiperactividade em escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil (2007)

[Disponível on-line »](#)

O professor e a inclusão do aluno com deficit de atenção e hiperactividade (2007) – “O principal objectivo deste estudo foi identificar como o professor conceitua o Deficit de Atenção/ Hiperactividade. Os dados, colectados através de questionário elaborado especificamente para este estudo, foram analisados de forma qualitativa, fornecendo além da definição sobre o DA/H, dados sobre a prática docente de cada professora ouvida nesta pesquisa. O estudo mostrou que o conceito definido pelas professoras não se distancia das definições científicas utilizadas. Quanto à prática docente os dados informaram que existe a dificuldade de trabalho com os alunos com DA/H que se relaciona com a falta de estrutura e apoio técnico oferecidos pelas redes de ensino, principalmente a rede estadual, fazendo com que as professoras não encontrem formas de solucionar essas dificuldades. Por apoio técnico, entende-se atendimento profissional de psicólogos. Ainda com relação a este apoio, oferecido ou não pelas redes de ensino, a pesquisa revelou que existe a crença de que o trabalho do psicólogo é que pode proporcionar a solução dos problemas existentes na sala de aula, ou seja, que este profissional sozinho pode ajudar na inclusão do aluno com DA/H, como se fosse possível isentar a escola e a família do trabalho conjunto para esse fim”.

[Disponível on-line »](#)

Teaching strategies for students with attention deficit hyperactivity disorder (2007) – “Teaching students with ADHD can be a challenging task. A variety of strategies can be implemented by instructors to help alleviate the problems that can occur when there is a student with ADHD in the classroom. By the use of these techniques, students with ADHD will experience more academic success, and the teacher will have a more controlled classroom”.

[Disponível on-line »](#)

A formação do professor de educação física para o trato com alunos portadores do transtorno de déficit de atenção e hiperactividade (2007) – “... resolvemos pesquisar sobre o conhecimento dos professores de Educação Física a respeito do TDAH. Para isso, elaborámos um questionário com o intuito de investigar o grau de conhecimento dos professores sobre o TDAH”.

[Disponível on-line »](#)

Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (2007) – “Este

estudio se diseñó para analizar los conocimientos, concepciones erróneas y lagunas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de 193 maestros, como una replicación de un estudio realizado por Scitutto, Terjesen y Bender en el año 2000. Los maestros cumplimentaron el Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS) en su versión española, adaptada por los autores del presente estudio, cuyo objetivo es evaluar los conocimientos del TDAH en três áreas de contenido: Conocimientos generales, Síntomas/Diagnóstico y Tratamiento. Los resultados arrojaron un porcentaje medio de aciertos del 31.67%, 63.88% y 40.46%, en las escalas de Conocimientos generales, Síntomas/Diagnóstico y Tratamiento, respectivamente. Los maestros tenían significativamente más conocimientos en la escala de Síntomas/Diagnóstico que en las otras dos. Sus conocimientos correlacionaron positivamente con: años de experiencia docente con niños hiperactivos; número de estudiantes hiperactivos que han tenido en sus aulas, y grado de autoeficacia percibida”.

[Disponível on-line »](#)

A teachers’s guide to understanding attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (2006) – “Over the past decade, cognitive and behavior problems, characterized by symptoms of inattention, impulsivity, and hyperactivity, have affected millions of children around the world. Collectively, these symptoms are referred to as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD; [American Psychiatric Association, 1994], and it is the most commonly diagnosed psychiatric disorder (Barkley, 1990). The collective problems that define ADHD contribute to one of the most complex childhood disorders of this time (Goldstein & Goldstein, 1998). Typically, the symptoms of ADHD are exacerbated in school settings where high demands are placed on children. Because ADHD is so prevalent in academia, teachers need to fully understand the disorder (e.g., history, symptoms, diagnostic criteria, and treatment) in order to better serve the needs of their students in the classroom. (...)

Classroom teachers are one of the most valuable resources in regard to the diagnosis of ADHD because of their daily exposure to students where high demands are placed on students’ regulatory skills and in an environment where the notable symptoms of the disorder are demonstrated. Also, teachers play an intricate role in the multidisciplinary team to treat ADHD (Scitutto et at., 2000, as cited in Barkley, 1990). Therefore, educators must avail themselves of the plethora of research information to better understand the notable interactions of cognitive, psychological, and biological factors of AD(H)D to better assist parents and psychologists in the diagnosis and treatment of ADHD in the classroom

setting.

[Disponível on-line »](#)

A prática pedagógica de professores de alunos com transtorno de deficit de atenção/hiperactividade (2006) – “Os dados revelados na pesquisa apontam a fragilidade de uma formação continuada direccionada para o desenvolvimento do pensamento reflexivo-crítico dos professores. Os professores revelam concepções quanto à formação, a prática pedagógica e a relação com os pais e coordenadores, através da sua actuação e dos discursos, permitindo que possamos identificar algumas estratégias pedagógicas utilizadas. Identificamos que algumas estratégias pedagógicas têm um efeito negativo para o processo de desenvolvimento-aprendizagem dos alunos, como é o caso da estratégia que denominamos de indiferença. A estratégia de sentar o aluno nas cadeiras da frente pode ter efeitos positivos e negativos, dependendo da forma como o professor actue e acompanhe o aluno. Outras estratégias identificadas que têm um efeito positivo no processo ensino-aprendizagem e que devem ser reforçados pelos professores e coordenadores são a ludicidade e o trabalho em grupo. Nesse sentido, a escola, para atender a necessidade de todos os alunos e, conseqüentemente, dos professores, precisa desenvolver um trabalho colectivo entre equipe pedagógica e professores no sentido de aprimorar as estratégias positivas, e minimizar as negativas e permitirem a organização de novas estratégias com vistas a melhoria do ensino-aprendizagem dos alunos com TDAH”.

[Disponível on-line »](#)

Desempenho escolar e transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (2005) – Este estudo visa fornecer aos pediatras, neurologistas infantis e psiquiatras infantis noções actualizadas sobre a relação entre desempenho escolar e transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDAH). Os dados demonstram que o TDAH, principalmente o tipo desatento está relacionado a mau desempenho escolar. Conclui-se que as crianças com TDAH estão sob risco de mau-desempenho escolar e devem receber cuidados especiais.

[Disponível on-line »](#)

Improving Homework in Adolescents with ADHD: Comparing Training in Self- vs. Parent-Monitoring of Homework and Study Skills Completion (2005) – “Self-monitoring has been proven to be effective in increasing performance, on task behavior, and homework completion in students with

learning disabilities and other academic difficulties. Parent supervision and involvement in homework also has been shown to improve performance. However, the effectiveness of parent vs. self-monitoring of homework completion and test preparation has never been examined in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The current study compared the effectiveness of self- and parent-monitoring of homework and study skills completion in middle school students with ADHD. Students were trained in the SQ4R study strategy and homework completion skills. In one group students monitored their own behavior and in the other group parents completed the monitoring. Homework and classroom problems were evaluated using the Homework Problem Checklist (HPC) and the Classroom Performance Survey (CPS). Results indicated that both interventions improved HPC and CPS scores, as well as percent of completed homework”.

[Disponível on-line »](#)

What Aspects of Peer Relationships Are Impaired in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? (2005) – “Participants included

165 children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD; 130 boys, 35 girls) and their 1,298 same-sex classmates (1,026 boys, 272 girls) who served as raters. For each child with ADHD, a child of the same sex was randomly selected from the same classroom to serve as a comparison child, which yielded 165 dyads. Consistent with predictions, contrasted with the comparison children, those with ADHD were lower on social preference, higher on social impact, less well liked, and more often in the rejected social status category; they also had fewer dyadic friends. When liking ratings that children made versus received were examined, children with ADHD had less positive imbalance and greater negative imbalance relative to comparison children. Analyses that considered the types of peers who chose children with ADHD as friends or nonfriends demonstrated that children with ADHD were nominated as nonfriends by children of higher social preference and who were better liked by others”.

[Disponível on-line »](#)

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o ensino da leitura (2004) – Artigo publicado no periódico **Quaestio: Revista de Estudos de Educação**. Sorocaba: UNISO, Vol. 6, nº. 2, 2004: “Este artigo apresenta algumas dificuldades do portador de Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) que interferem na aprendizagem da leitura para discutir procedimentos importantes no ensino da leitura de estudo”.

[Disponível on-line »](#)

Teaching Elementary Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder to Recruit Teacher Attention: Effects on Teacher Praise, on-Task Behavior, and Academic Work (2004)

[Disponível on-line »](#)

Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência (1996) – Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

[Disponível on-line »](#)

A Criança com Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA) na Família

Hiperactividade com défice de atenção: que soluções?: proposta de construção de um programa de formação de pais (2008) – Tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: “A Formação para Pais é apresentada na literatura científica como um recurso e uma mais valia nas sociedades actuais, ao auxiliar os pais no desempenho do seu papel de educadores. Utilizando uma abordagem baseada na Terapia Breve Orientada para as Soluções, esta investigação tem como objectivo central a realização de um estudo exploratório e descritivo, destinado à posterior proposta de desenvolvimento de um Programa de Formação Parental para pais cujos filhos, em idade escolar, tenham sido diagnosticados com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Através da análise de conteúdo das respostas a entrevistas construídas especificamente para o estudo, com base nos princípios do modelo terapêutico centrado nas soluções, e feitas a 5 pais com filhos diagnosticados com DHDA, oriundos de uma região do interior do país, e que são acompanhados em contexto hospitalar por uma equipa médica, propõe-se um conjunto de linhas orientadoras para as sessões de um Programa de Formação Parental. Estas são focadas na co-construção de soluções entre psicoterapeuta e pais, para fazer face ao comportamento hiperactivo e com défice de atenção das crianças, bem como no potenciar dos recursos e do envolvimento parental na intervenção com crianças possuidoras deste

diagnóstico”.

[Disponível on-line »](#)

Parent Stress Reduction Through a Psychosocial Intervention For Children Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2008)

– “Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) experience significant difficulties in the domains of attention, hyperactivity, and impulsivity. This constellation of symptoms not only has a negative impact on the child’s life by creating difficulties in school and peer relations, but also is associated with difficulties within the home. In fact, having a child with ADHD is correlated with significant increases in the amount of stress that parents experience. Studies have indicated that when parents of children with ADHD participate in parent training and when children receive medication, parent stress is decreased. The current study examines whether a child’s participation in a psychosocial treatment, specifically the Summer Treatment Program (STP), can have the same significant positive impact on parents’ experience of stress. Participants were parents of children participating in the Summer Treatment Program provided through a community mental health clinic. Parents completed measures of parenting stress prior to and after their child participated in the STP. Measures of child behavior problems were also completed prior to and following the child’s participation in the STP. There was a significant decrease in the total amount of parenting stress that parents were experiencing after their child participated in the STP. Findings, however, were inconsistent as to whether or not child behavior improved. The results, however, do suggest that participation in the STP can have a positive impact on parent stress”.

[Disponível on-line »](#)

Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de deficit de atenção e hiperactividade (TDAH) na prole: revisão sistemática (2007) –

“O transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (TDAH) é um dos transtornos neurobiológicos com maior prevalência na infância e pode implicar dificuldades no funcionamento conjugal dos pais das crianças afectadas, bem como sofrer influência do mesmo. Objectivo: Realizar uma revisão sistemática acerca dos aspectos conjugais em famílias de crianças com TDAH, relacionando-os com outras variáveis, como a presença de comorbidades, aspectos socioeconómicos e saúde mental dos pais”.

[Disponível on-line »](#)

Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA) na Criança vítima de Maus-tratos ou Violência Familiar

Transtornos de deficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância (2007) – “Contexto: Muitos transtornos psiquiátricos, geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância, estão associados a maus-tratos, entre eles o abuso físico, causando significativo impacto no desenvolvimento das crianças acometidas. Objetivos: Avaliar a associação entre um diagnóstico psiquiátrico do grupo dos transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo (TDACD) em crianças e a história de abuso físico na infância. Métodos: Em um estudo seccional, crianças de 3 a 12 anos, atendidas em um ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário, foram avaliadas por meio do MINI KID (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents), tendo sido diagnosticadas de acordo com os critérios do DSM-IV. A avaliação de abuso físico e de outros eventos traumáticos foi realizada por um questionário específico, o LSC-R (Life Stressor Checklist – Revised) e inclui diferentes tipos de maus-tratos”.

[Disponível on-line »](#)

Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder among Low Income Urban Youth (2005) – « Chronic exposure to violence is becoming increasingly common for urban children, placing them at an increased risk of developing psychopathology. For children exposed to chronic violence, two common diagnoses are Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). However, symptom overlap between these disorders has made differential diagnosis difficult. Most studies looking at the comorbidity between ADHD and PTSD have focused only on maltreated children. This study is the first to look at comorbid rates of ADHD and PTSD for children exposed to chronic violence, not limited to maltreatment. Specifically, this study evaluated rates of PTSD symptoms in children with and without ADHD. Contrary to the hypothesis, children diagnosed with ADHD were not significantly more likely to meet criteria for PTSD nor did they exhibit more symptoms of PTSD than children without ADHD”.

[Disponível on-line »](#)

Contribuição dos factores de risco psicossociais para o transtorno de deficit de atenção/hiperactividade (2005) – Este estudo concluí que “As crianças expostas a “brigas conjugais no passado” entre os pais correram risco 11,66 vezes mais alto de ter o diagnóstico de TDAH”.

[Disponível on-line »](#)

Dados Estatísticos

A nível internacional:

“ADHD occurs in approximately 3-7 percent of the childhood population and approximately 2-5 percent of the adult population. Among children the gender ratio is approximately 3:1 with boys more likely to have the disorder than girls. Among adults, the gender ration falls to 2:1 or lower. The disorder has been found to exist in virtually every country in which it has been investigated, including North America, South America, Great Britain, Scandinavia, Europe, Japan, China, Turkey and the middle East. The disorder may not be referred to as ADHD in these countries and may not be treated in the same fashion as in North America but there is little doubt that the disorder is virtually universal among human populations”.

Fonte: [Fact Sheet Attention Deficit Hyperactivity Disorder \(ADHD\) Topics](#)

“United States

Incidence in school-age children is estimated to be 3-7%.

International

In Great Britain, incidence is reported to be less than 1%. The differences between the US and British reported frequencies may be cultural (“environmental expectations”) and due to the heterogeneity of ADHD (ie, the many etiological paths to get to inattention/distractibility/hyperactivity). Furthermore, the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) criteria for ADHD used in Great Britain may be considered stricter than the DSM-IV-TR criteria. However, other studies suggest that the worldwide prevalence of ADHD is between 8% and 12%. (...)

Sex

- In children, ADHD is 3-5 times more common in boys than in girls. Some studies report an incidence ratio of as high as 5:1. The predominantly inattentive type of ADHD is found more commonly in girls than in boys.
- In adults, the sex ratio is closer to even.

Age

- ADHD is a developmental disorder that requires an onset of symptoms before age 7 years. After childhood, symptoms may persist into adolescence and adulthood, or they may ameliorate or disappear.
- The percentages in each group are not well established, but at least an estimated 15-20% of children with ADHD maintain the full diagnosis into adulthood. As many as 65% of these children will have ADHD or some residual symptoms of ADHD as adults.
- The prevalence rate in adults has been estimated at 2-7%. The prevalence rate of ADHD in the adult general population is 4-5%.

(...)

Causes

- Genetics
 - Parents and siblings of children with ADHD are 2-8 times more likely to develop ADHD than the general population, suggesting that ADHD is a highly familial disease.
 - Concordance of ADHD in monozygotic twins is greater than in dizygotic twins, suggesting some contribution of genetics. Studies estimate the mean heritability of ADHD to be 76%, indicating that ADHD is one of the most heritable psychiatric disorders.

Fonte: [Attention Deficit Hyperactivity Disorder](#)

The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis (2007) – “The worldwide prevalence estimates of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)/hyperkinetic disorder (HD) are highly heterogeneous. Presently, the reasons for this discrepancy remain poorly understood. The purpose of this study was to determine the possible causes of the varied worldwide estimates of the disorder and to compute its worldwide-pooled prevalence. (...)

Our findings suggest that geographic location plays a limited role in the reasons for the large variability of ADHD/HD prevalence estimates worldwide. Instead, this variability seems to be explained primarily by the methodological characteristics of studies”.

[Disponível on-line »](#)

Estudio psicométrico-clínico de prevalência y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España) (2009) – “Objetivo: determinar la tasa de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en escolares de 6 a 16 años de Castilla y León (España). (...) **Resultados:** indican una tasa global de prevalencia del 6,66% (IC 95%: 5,1-8,1%), de los cuales el 1% fueron del subtipo hiperactivo, el 1,27% del subtipo inatento y el 4,38% del subtipo combinado. La tasa de prevalencia en el sexo masculino (8,97%) es significativamente superior a la del sexo femenino (4,17%). No aparecen diferencias significativas por cursos, ni por tipo de centro, ni por zona. La tasa de prevalencia en educación primaria (6,8%) es similar a la de educación secundaria (6,48%). El 71% de los casos de TDAH presenta algún tipo de comorbilidad, con un 46% en trastornos de ansiedad, 31% trastornos de comportamiento, 9% trastornos de estado de ánimo, 10% trastornos por tics y 12% enuresis. Los casos de TDAH presentan significativamente peores resultados académicos y peor conducta en clase. **Conclusiones:** Castilla y León tiene una prevalencia de TDAH próxima a la media mundial, cuyos casos presentan alta comorbilidad y afectación significativa en el rendimiento académico y comportamiento escolar”.

[Disponível on-line »](#)

A nível nacional:

“Vários estudos referem que a DHDA é mais frequente em sujeitos do sexo masculino do que no sexo feminino, independentemente do método de recolha da informação ou dos instrumentos utilizados, sendo que a proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos a nível populacional e 9:1 em estudos realizados em contexto clínico”.

Fonte: [Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperactividade: estudo para a aferição à população portuguesa \(2009\), p. 22](#)

“Em Portugal atinge cerca de 9,2% dos rapazes e 2,1% das raparigas em idade escolar”

Fonte: [Hiperactividade com défice de atenção: que soluções?: proposta de construção de um programa de formação de pais \(2008\), p. 9.](#)

Enquadramento Legal

“As crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, ao seguirem esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando, comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos.” (Declaração de Salamanca, 1994).

(...)

Em Portugal foram criados os Apoios Educativos para darem apoio a crianças com Perturbações do Comportamento e da Aprendizagem.

Foram criados nas Escolas Superiores de Educação e nas Universidades cursos de especialização de professores em diferentes áreas (Motora, Cognitiva, Língua Gestual, Braille) para darem apoio a crianças com Necessidades Educativas Especiais.

O decreto-lei n.º 319/91 de 23 de Agosto revogado pelo decreto-lei n.º 3 de 7 de Janeiro de 2008 e o Despacho Conjunto 105/97 de 30 de Maio, revogado pelo Despacho 10 856/2005 de 13 de Maio.

O Ministério da Educação, preconizou a partir daqui modelos de intervenção educativa para crianças com Necessidades Educativas Especiais, que pretendem introduzir mudanças significativas no âmbito do apoio a estas crianças, centrando na escola um conjunto de intervenções promotoras do sucesso educativo de todas as crianças”. (p. 41)

[Disponível on-line »](#)

É importante sublinhar que, apesar da legislação existente sobre Crianças com Necessidades Educativas Especiais, a situação dos alunos com ADHD não está contemplada, pelo que os apoios dependem, na prática, da boa vontade dos Conselhos Executivos das escolas.

Websites sobre o tema

Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva	Hiperatividade.com.br
Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD) (E.U.A.)	Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH)
Associação Brasileira do Déficit de Atenção	ADHD-Europe
TDA/H Belgique	atencao professor
TDAH-France	Hyperactive Dreamers
Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad	Fundación ADANA
Irish National Council of AD/HD Support Groups	adders.org
UK National Attention Deficit Disorder Information and Support Service	Attention.com
Liga Latinoamericana para el estudio del Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (LILAPETDAH)	help4adhd.com

Seminários/Conferências/Congressos

XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol

Organização: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Data: 22, 23 e 24 de Abril de 2010. Local: Espanha: Oviedo. [Mais aqui»](#)

Cursos e Acções de Formação

Acção de Formação "Ser pai e mãe após a separação - Intervenção com famílias no divórcio"

Organização: ISPA. Data: 18 de Janeiro a 10 de Fevereiro de 2010; Local: Lisboa. [Mais aqui»](#)

Acção de Formação "Trabalho com grupos em acolhimento de crianças e jovens"

Organização: ISPA. Data: 23 de Janeiro a 6 de Fevereiro de 2010; Local: Lisboa. [Mais aqui»](#)

Workshop "O brincar e os brinquedos"

Organização: ISPA. Data: 30 de Janeiro de 2010; Local: Lisboa. [Mais aqui»](#)

Acção de Formação "Supervisão avaliação psicológica da criança e do adolescente"

Organização: ISPA. Data: Janeiro a Dezembro de 2010; Local: Lisboa. [Mais aqui»](#)

Pós-Graduação em "Psicopatologia da Infância e da Adolescência"

Organização: CRIAP. Data: Janeiro a Julho de 2010; Local: Coimbra. [Mais aqui»](#)