Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Cepa, Maria de Jesus Araújo Pedrosa

Envolvimento escolar em crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção

http://hdl.handle.net/11067/2083

Metadados

Data de Publicação 2012

Resumo A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das condições de funcionalidade consideradas no âmbito das necessidades educativas especiais (NEE), apresentando-se, de acordo com a literatura, como uma perturbação neurocomportamental predominante nas escolas. O envolvimento escolar é um constructo multidimensional que tem despertado o interesse dos diversos investigadores por ser positivamente relacionado com o rendimento académico e o abandono escolar. A investigação tem priv...

Abstract: The Attention Deflcit Disorder with Hyperactivity (ADDH) is one of the functionality conditions considered in the context of the Special Educational Needs. It is defined in the literature as a neurobehavioral disorder quite common in schools. The school engagement is a multidimensional construction and a topic of academic research due to its high correlation with the students academic success and school dropout. The academic research available has been directed, mainly, te the study ...

Palavras Chave Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção, Teste psicológico, Student Engagement Instrument, Psicologia

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T03:05:19Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

ENVOLVIMENTO ESCOLAR EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO
DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

Maria de Jesus Araújo Pedrosa Cepa

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Educação Especial

ENVOLVIMENTO ESCOLAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

Maria de Jesus Araújo Pedrosa Cepa

PORTO 2011

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Educação Especial

ENVOLVIMENTO ESCOLAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

Maria de Jesus Araújo Pedrosa Cepa

PORTO 2011

ORIENTAÇÃO:
Professor Doutor Paulo Moreira

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

C: 2
M: 95
Y: 0
K: 0

Agradecimentos

Muitas foram as pessoas que me prestaram apoio ao longo do tempo em que esta dissertação de mestrado se foi desenhando. A todos agradeço a disponibilidade, a compreensão e o incentivo dados em momentos cruciais, essencialmente naqueles em que a motivação esmorecia. Assim, manifesto o meu profundo reconhecimento:

Às minhas doces princesinhas por todo o tempo que este projeto lhes 'roubou', por tudo o que deixei de viver com elas, por todos os momentos de afastamento e de profunda ausência… A elas dedico esta conquista!

Ao Rui, por ser o guardião das minhas princesinhas e pela enorme paciência e compreensão com que sempre esteve ao meu lado. Obrigada por tudo: por acreditares, pelo ânimo, pelo apoio incondicional, pela ajuda, pelo companheirismo… pelo carinho!

Aos meus pais, exemplos de força e retidão, por me terem incutido (desde criança) a importância da luta, da coragem e da perseverança; por acreditarem na minha capacidade, por todo o apoio e incentivo prestados desde o primeiro momento e pela imensa compreensão por todos os momentos (que foram demasiados) de prolongada ausência. Agradeço igualmente aos meus irmãos e cunhados por todo o apoio e por compreenderem o meu afastamento.

À professora Conceição Lamela por todo o apoio prestado, enquanto diretora do agrupamento de escolas onde leciono. Mas, mais do que à diretora, agradeço à amiga por todos os incentivos, pelo apoio, pelo otimismo e pela força que sempre me transmitiu.

Aos meus amigos por todos os incentivos e pelas mensagens de alento.

Às minhas colegas deste curso de mestrado pelo apoio, paciência e amizade, muito particularmente às amigas e companheiras de viagem.

A todas as escolas, alunos, pais/encarregados de educação, professores que de algum modo colaboraram para a concretização deste estudo.

Ao professor doutor Celso Oliveira, pelo apoio prestado e ao Mestre João Oliveira, Assistente de Investigação do Centro de Investigação de Psicologia e Desenvolvimento, pela ajuda e contribuição que prestou para a realização deste estudo.

Ao professor Doutor Paulo Moreira, meu professor e orientador, pela partilha de conhecimento e pela exigência que possibilitaram a conclusão desta dissertação.

Índice

Agradecimentos ---------- i

Índice ---------- ii

Lista de Tabelas ---------- iv

Lista de Abreviaturas ---------- v

Resumo ---------- vi

Abstract ---------- vii

1. Introdução ---------- 1

1.1. A inclusão de crianças/jovens com NEE nas escolas de ensino regular ------- 1

1.2. A perturbação de hiperatividade com défice de atenção ---------- 5

1.2.1. Aspetos conceptuais da PHDA ---------- 7

1.2.2. Abordagens à PHDA e critérios de diagnóstico ---------- 13

1.2.3. Classificação e prevalência ---------- 19

1.2.4. Etiologia ---------- 24

1.2.5. Problemas associados ---------- 30

1.2.6. Perfil de Funcionalidade das crianças/jovens com PHDA na escola -- 36

1.2.6.1. As crianças/jovens com PHDA na escola apresentam NEE ----- 49

1.3. Envolvimento escolar: um constructo multidimensional ---------- 54

1.3.1. Fatores individuais do envolvimento escolar ---------- 64

1.3.1.1. Autorregulação ---------- 65

1.3.1.2. Bem-estar psicológico ---------- 67

1.3.1.3. Autoeficácia ---------- 71

1.3.1.4. Motivação ---------- 74

1.3.2. Fatores contextuais do envolvimento escolar ---------- 81

1.3.2.1. A relação com os pais ---------- 82

1.3.2.2. A relação com a escola ---------- 84

1.3.2.3. A relação com os pares ---------- 87

1.4. O envolvimento escolar da criança/jovem com PHDA ---------- 88

1.5. Objetivos do estudo e hipóteses ---------- 96

2. Metodologia ---------- 96

2.1. Participantes ---------- 96

2.2. Instrumentos ---------- 99

2.3. Procedimentos ---------- 100

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados ---------- 100

2.3.2. Procedimentos de análise de dados ---------- 102

3. Resultados ---------- 102

4. Discussão dos resultados ---------- 105

5. Referências bibliográficas ---------- 111

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos sem hiperatividade ---------- 97

Tabela 2 - Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos com hiperatividade ---------- 97

Tabela 3 - Caracterização dos participantes com PHDA em função do ano de escolaridade ---------- 98

Tabela 4 - Caracterização dos participantes sem PHDA em função do ano de escolaridade ---------- 99

Tabela 5 - Média e desvio padrão das dimensões de envolvimento escolar de alunos com hiperatividade e sem hiperatividade ---------- 104

Tabela 6 - Teste de *Mann-Witney* para diferença de médias entre alunos com hiperatividade e sem hiperatividade ---------- 105

Lista de abreviaturas

PHDA	Perturbação De Hiperatividade Com Défice De Atenção
NEE	Necessidades Educativas Especiais
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos da América
APA	Associação Americana de Psiquiatria
PEI	Programa Educativo Individual
QV	Qualidade de Vida
DA	Dificuldades de Aprendizagem
OCDE	Organisation For Economic Co-Operation And Development
TPC	Trabalhos de Casa
PISA	Programme for International Student Assessment
OMS	Organização Mundial de Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Doença
SE	Envolvimento escolar
CE	Envolvimento cognitivo
PE	Envolvimento psicológico
IM	Motivação intrínseca
CRSW	Controlo e relevância do trabalho escolar
FAG	Objectivos e aspirações futuras
PSL	Apoio dos pares para a aprendizagem
FSL	Suporte familiar para a aprendizagem
TSR	Relação entre professor e aluno

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das condições de funcionalidade consideradas no âmbito das necessidades educativas especiais (NEE), apresentando-se, de acordo com a literatura, como uma perturbação neurocomportamental predominante nas escolas. O envolvimento escolar é um constructo multidimensional que tem despertado o interesse dos diversos investigadores por ser positivamente relacionado com o rendimento académico e o abandono escolar. A investigação tem privilegiado a avaliação do envolvimento escolar em alunos sem deficiência, não tendo sido encontrados estudos que tenham avaliado o envolvimento escolar de crianças/jovens com PHDA numa perspetiva multidimensional. O objectivo do estudo descrito nesta dissertação foi avaliar o envolvimento escolar numa perspetiva multidimensional em crianças/jovens com PHDA. Participaram neste estudo 250 alunos, 12 com PHDA e 238 sem PHDA. O envolvimento escolar foi avaliado usando a versão portuguesa do *Student Engagement Instrument* (Appleton & Christenson, 2004). Os resultados revelaram inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre alunos com PHDA e alunos sem PHDA ao nível do envolvimento escolar, no envolvimento total e nas diferentes dimensões.

Palavras-chave: PHDA, envolvimento escolar, necessidades educativas especiais

Abstract

The Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADDH) is one of the functionality conditions considered in the context of the Special Educational Needs. It is defined in the literature as a neurobehavioral disorder quite common in schools. The school engagement is a multidimensional construction and a topic of academic research due to its high correlation with the students' academic success and school dropout. The academic research available has been directed, mainly, to the study of the school engagement of students without disabilities. This research aims to study the school engagement of children/young people in a multidimensional perspective. We use 250 students, 12 with ADDH and 238 without ADDH. The school engagement is assessed using the Portuguese version of the Student Engagement Instrument (Appleton & Christenson, 2004). Our results show that there are not statistically significant differences between the school engagement of the students with and without ADDH, for the overall engagement and each of its different dimensions.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, school engagement, special educational needs.

1. Introdução

1.1. A Inclusão de crianças/jovens com NEE nas escolas de ensino regular

A escola em geral exerce um papel extremamente importante na formação humana, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades intelectuais, profissionais (Costa & Rodrigues, 2011) e sociais dos indivíduos. Por isso, não é de estranhar que os problemas de comportamento, de aprendizagem e de abandono em contexto escolar sejam motivos de grande preocupação, quer para a sociedade em geral quer para pais, professores e psicólogos (Lopes, 1996). Esta crescente preocupação é tanto mais consistente quanto mais se defende o direito de todas as crianças à educação, independentemente das suas caraterísticas específicas, isto é, incluindo as que têm necessidades educativas especiais (NEE). É largamente conhecido que têm sido feitos grandes esforços, em diversos países, desde há sensivelmente duas décadas, no sentido de promover a inclusão das crianças com deficiência nas escolas de ensino regular (Mancini & Coster, 2004). A universalização do direito à escola e do acesso ao conhecimento nos sistemas educativos, que levou à inclusão das crianças com NEE nas turmas de ensino regular, ficou devidamente consagrada na Declaração de Salamanca (aprovada na Conferência Mundial de Educação Especial, em Salamanca - Espanha, em 1994) (Sim-Sim, 2008). Este foi, aliás, um importante marco internacional para a inclusão das crianças com NEE. De acordo com a Declaração de Salamanca toda a criança possui caraterísticas, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que são únicas e o sistema educativo deve organizar-se de forma a atender à vasta diversidade de tais caraterísticas e necessidades. A referida Declaração defende que as crianças com NEE devem ter acesso à escola regular, que deverá incluí-las e educá-las de acordo com uma pedagogia centrada na criança, atendendo às suas caraterísticas e necessidades e combatendo atitudes discriminatórias. Não obstante o supramencionado, a inclusão de crianças com NEE nas escolas de ensino regular depende muito do

conhecimento e da manipulação dos muitos fatores que afetam a participação social e o funcionamento (Mancini & Coster, 2004) das crianças com NEE. Deste modo, as reformas nos sistemas de educação têm vindo a responsabilizar cada vez mais as escolas pelo desempenho académico de todos os seus alunos, incluindo os que apresentam necessidades especiais de educação (Wagner & Blackorby, 2005a). Verifica-se, portanto, nas escolas e ao nível das políticas educativas, uma crescente valorização dos direitos das crianças com NEE no que concerne à igualdade de oportunidades, ao direito de plena participação, à construção da sua autonomia e à sua preparação para a vida ativa, pós-escolar (Wagner & Blackorby, 2005a).

Atendendo ao proclamado na Declaração de Salamanca (1994), o princípio fundamental da inclusão escolar pressupõe que todas as crianças devem aprender juntas, independentemente das dificuldades e diferenças que apresentem. Assim, compete às escolas assegurar uma educação de qualidade para todos, fazendo as transformações necessárias para conseguir responder às necessidades, ritmos e estilos de aprendizagem de todos os alunos e promovendo a solidariedade entre as crianças com e sem NEE. É verdade que todas as crianças têm caraterísticas, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhes são próprias, por isso, as diferenças são normais. Deste modo, as crianças com NEE têm direito a participar nas atividades escolares, de forma similar aos seus pares sem NEE, frequentando a escola da forma menos restritiva possível (Mancini & Coster, 2004), pelo que todas as instituições de educação devem transformar-se e derrubar (ou minimizar, tanto quanto possível) todas as barreiras diagnosticadas e que possam impedir uma participação bem sucedida (Mancini & Coster, 2004). Verificamos, portanto, que o conceito de participação assume uma importância primordial, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto dimensão do funcionamento do indivíduo (ibidem). Por isso, nas escolas utiliza-se a Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Doença (CIF) (OMS, 2003), para descrever a funcionalidade de cada aluno, bem como as limitações que cada um manifesta no desempenho das diversas atividades de vida diária (Mancini & Coster, 2004). O supracitado instrumento de classificação do funcionamento e da incapacidade dos indivíduos analisa três importantes dimensões: as funções e estruturas do corpo, a sua atividade e participação e os fatores contextuais, ambientais e pessoais (OMS, 2003). A CIF preconiza, assim, uma compreensão do indivíduo, da sua atividade e da participação em função das diversas condições contextuais (Mancini & Coster, 2004).

É sabido que as crianças/jovens com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) evidenciam uma grande quantidade de inabilidades em contextos e áreas muito diversos, que são muitas vezes concomitantes com outras condições mais ou menos disfuncionais: dificuldades na autorregulação do comportamento, dificuldades ao nível da perceção e interação sociais, dificuldades sensoriais, entre outras (Correia, 2004). Apesar deste conhecimento, na prática diária, quando se fala de inclusão das crianças com NEE, a preocupação dos agentes educativos parece prender-se mais com os alunos que apresentam deficiência visível e que se destacam pela aparência (Machado, 2007). Sabe-se, porém, que não é menos preocupante a situação dos alunos cujas necessidades especiais não são visíveis, mas que pelo seu comportamento desatento, excessivamente ativo, impulsivo e irrefletido se revelam diferentes dos outros. Por isso, a prática inclusiva exige uma pedagogia centrada na criança, diferenciada e capaz de ir ao encontro das suas necessidades (Declaração de Salamanca, 1994), garantindo um envolvimento efetivo das crianças com NEE nos diversos contextos e nas atividades escolares (Mancini & Coster, 2004).

Com a massificação do ensino e a implementação de uma pedagogia inclusiva, a escola transformou-se num espaço onde coexistem crianças motivadas e desejosas de

aprender, crianças que não gostam da escola e têm interesses divergentes dos escolares e ainda crianças que, pelas suas especificidades, têm necessidades especiais de educação e exigem que a escola seja suficientemente criativa e imaginativa para as incluir de forma eficaz. Assim, a sala de aula passou a ser um espaço partilhado por crianças provenientes de contextos socioculturais diversos, com especificidades distintas e com ritmos e estilos de aprendizagens desiguais. E é neste contexto diversificado e heterogéneo que os professores atuam diariamente, tentando promover o desenvolvimento integral de todos os seus alunos, atendendo a todo o seu potencial cognitivo, social e afetivo (Sim-Sim, 2008), tendo sempre em vista a inclusão plena de cada um. Por isso, a escola (em geral) e a sala de aula (em particular) parecem ser contextos favoráveis à deteção de situações problemáticas, tanto no que respeita à aprendizagem e ao sucesso escolar, como no que concerne à adequação do comportamento social. Estes são contextos inclusivos e isso deve-se à forma como os seus agentes lidam (ou evitam lidar) com a diversidade, isto é, as deficiências e as diferenças (Machado, 2007).

Os professores podem ser considerados figuras extremamente importantes na formação integral dos alunos, enquanto agentes de desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem e enquanto promotores da socialização dos alunos no mundo em que vivem (Costa & Rodrigues, 2011). Para além disso, os professores parecem ser as pessoas que mais facilmente percebem quando uma criança apresenta algum problema, seja ao nível emocional, da aprendizagem, da atenção, do comportamento e/ou dos relacionamentos interpessoais. Importa salientar que, uma vez que as crianças passam muito tempo na escola, é lá que, pela primeira vez, elas enfrentam os seus maiores problemas. É na escola que, pela primeira vez, as crianças sentem a competição profissional, porque as suas capacidades e realizações começam a ser comparadas com as dos colegas (Antunes, 2009) e avaliadas por alguém. Acresce ressaltar que na escola as

crianças/jovens precisam aceitar e respeitar regras, gerir o tempo, permanecer quietas e/ou sentadas num lugar, estabelecer bom relacionamento com os pares, manter a atenção e a concentração por longos períodos de tempo e executar tarefas que exigem esforço mental. Assim sendo, as crianças que não forem bem sucedidas no cumprimento destas expectativas da escola dificilmente serão bem sucedidas ao nível pessoal e psicossocial e dificilmente terão bom desempenho académico. E, segundo Correia (2004), os alunos que experienciam insucesso académico e/ou social por longos períodos de tempo, tendem ao abandono escolar.

1.2. A perturbação de hiperatividade com défice de atenção

A PHDA é uma das condições de funcionalidade consideradas no âmbito das NEE, apresentando-se, de acordo com a literatura e com a experiência profissional, como uma perturbação predominante nas escolas e sendo, segundo Antunes (2009), Cordinhã e Boavida (2008), Fernandes e António (2004), e Romero-Ayuso, Maestú, González-Marqués, Romo-Barrientos, y Andrade (2006), o distúrbio neurocomportamental mais frequente em crianças em idade escolar e, de acordo com o neuropediatra Pedro Cabral, cuja prevalência tem vindo a crescer nos últimos anos (Marques, 2004).

Ao longo dos tempos tem sido feita uma quantidade significativa de investigação sobre a PHDA, tanto no que respeita à denominação e aos sintomas, como no que respeita à classificação e aos problemas a ela associados. É surpreendente a diversidade de termos utilizados pelos diversos autores para se referirem ao mesmo assunto (Vásquez cit in Bautista, 1993). Independentemente da diversidade de terminologia utilizada pelos diversos autores para citarem esta condição, neste estudo optámos pela expressão "PHDA", ou mais simplesmente hiperatividade, para nos referirmos de forma generalizada a todas as situações e subtipos da perturbação. O termo "hiperativo(a)" é comummente

utilizado nos diversos contextos sociais. De há algum tempo para cá, todas as pessoas parecem ter uma opinião formada acerca da hiperatividade e dos comportamentos a ela associados. Contudo, verificamos que há ainda muitos equívocos e muito desconhecimento a esse respeito (Mazzoni & Tabaquim, 2010). O pseudoconhecimento acerca desta perturbação e a utilização de vocabulário pouco rigoroso nos relatos das pessoas parecem ficar a dever-se ao facto de, frequentemente, se depararem com crianças irrequietas, desorganizadas, insuportáveis, sempre a mexer em tudo, agressivas, … em festas de família, nos supermercados, nas salas de aula, no café, … (Antunes, 2009). Perante tais comportamentos, as pessoas tendem a fazer comentários, interpretações e juízos equivocados, rotulando indistintamente todas as crianças com as caraterísticas supramencionadas de *mal-educadas, mimadas, irresponsáveis e hiperativas*. De facto, ao nível do senso comum não se consegue compreender tais manifestações comportamentais (Costa & Rodrigues, 2011; Mazzoni & Tabaquim, 2010) nem conhecer as suas causas. Emerge, assim, nos diversos contextos sociais, uma banalização e consequente generalização dos termos hiperatividade e hiperativo e a sua confusão com eventual indisciplina e má educação (Cordinhã & Boavida, 2008; Costa & Rodrigues, 2011). Este uso generalizado dos termos é acompanhado pela perceção que as pessoas têm em relação aos sobreditos comportamentos, considerando que eles resultam, essencialmente, de práticas educativas desajustadas e que a sua correção passa pela adoção de medidas educativas corretivas e/ou punitivas. Consequentemente, este modo simplista e popular de interpretar estes comportamentos parece transpor para os pais, que se assumem (e são vistos) como maus educadores, uma carga negativa muito grande (Moura, 2008; Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011). Importa, por isso, distinguir a normalidade da psicopatologia. Com efeito, de acordo com Silva (2003), a agitação, as correrias, a desatenção em atividades exigentes e prolongadas são típicas da infância. Há, portanto, necessidade de

avaliar muito bem se os comportamentos ocorrem esporadicamente e em contextos muito específicos ou se, pelo contrário, constituem um desvio do padrão do comportamento expectável para crianças da mesma idade, estádio de desenvolvimento e contexto sociocultural (Bordin & Offord, 2000; Silva, 2003). Assim, como se explicará mais adiante, o que ajuda a distinguir uma criança "normal" de uma criança com PHDA é a intensidade, a frequência e a constância das (três) principais caraterísticas da perturbação: a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade (Rohde et al., 2004; Silva, 2003).

1.2.1. Aspetos conceptuais da PHDA.

Quando se aborda a temática da PHDA constata-se que é abundante e diversificada a terminologia com que os diferentes autores e respetivos estudos se referem a ela (Vásquez in Bautista, 1993). Santos e Vasconcelos (2010) referem que as alterações na terminologia utilizada e na compreensão que é feita da PHDA representam diferentes focos das pesquisas realizadas em cada época. Todavia, apesar desta diversidade, a PHDA é considerada uma perturbação do comportamento infantil que se manifesta por níveis clinicamente significativos de desatenção, hiperatividade e impulsividade e que afeta de modo adverso diversas áreas do funcionamento do indivíduo, essencialmente os relacionamentos familiares e sociais, o desempenho académico e o ajustamento psicossocial (Harpin, 2005; Junod, DuPaul, Jitendra, Volpe, & Cleary, 2006; Oliveira & Albuquerque, 2009; Power, Tresco, & Cassano, 2009; Rohde et al., 2004).

A PHDA é uma perturbação neurocomportamental (Fernandes & António, 2004; Romero-Ayuso et al., 2006) e uma das principais responsáveis pela grande afluência aos consultórios de saúde mental de crianças e adolescentes (Rohde et al., 2004; Topolski et al., 2004). Segundo diversos autores (Barkley, 1997; Cordinhã & Boavida, 2008; Fernandes & António, 2004; Lopes, 1996; Romero-Ayuso et al., 2006; Santos &

Vasconcelos, 2010; Suzuki, Gugelmim, & Soares, 2005; Viaro, 2008), a PHDA parece ser a perturbação de desenvolvimento da infância e da adolescência mais comum e também a mais estudada na atualidade, aparecendo associada a um padrão de desenvolvimento caracterizado por défices nas competências académicas, emocionais e sociais. Numa abordagem mais completa Barkley (1997) considera que a PHDA é caracterizada três sintomas primários: défice na atenção sustentada, impulsividade e hiperatividade, que surgem relativamente cedo (geralmente antes dos sete anos de idade) e que persistem na adolescência e até à vida adulta (DuPaul, 2007; Tannock, 2007).

Diversos estudos realizados comprovaram que a PHDA é uma "perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados vários factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande actividade motora" (Moura, 2008, p.4). Segundo Cordinhã e Boavida (2008), Cruz, Bertelli, e Bianchi, (2010), DSM-IV (1996) e Mazzoni e Tabaquim (2010), a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento psicológico com um padrão persistente de inatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em grau maior do que aquele que é observado em outros indivíduos com a mesma faixa etária e no mesmo estádio de desenvolvimento. Assim, a PHAD interfere com a capacidade da criança/jovem funcionar com sucesso nos domínios académico, comportamental e social (Rief & Heimburge, 2000).

Barkley (1997) aponta também deficiências secundárias nas crianças/jovens com PHDA ao nível da inibição comportamental, da memória de trabalho, da regulação da motivação e do controlo motor. Efetivamente, a investigação e a experiência mostram que as crianças/jovens com PHDA apresentam grande dificuldade ao nível do autocontrolo, com repercussões na capacidade de atenção e de aprendizagem, e na adequação do comportamento psicossocial. Esta sintomatologia é, de resto, um importante aspeto a considerar no processo de avaliação/diagnóstico da PHDA. Deste modo, os vários autores

referem (como explicaremos mais adiante) que para se poder afirmar que se está perante uma situação de PHDA, a sintomatologia acima referida, num número mínimo de seis sintomas, deve manifestar-se antes dos sete anos de idade, sendo frequente e persistente durante um longo período de tempo, em pelo menos dois contextos diferentes e com consequências disfuncionais significativas ao nível social, académico e/ou profissional (Mazzoni & Tabaquim, 2010; Parker, 1999; Rohde et al., 2004).

A maioria dos investigadores considera que a PHDA debilita e afeta significativamente as crianças/jovens, a sua família e a escola (Cordinhã & Boavida, 2008; Oliveira & Albuquerque, 2009), em virtude de elas passarem a maior parte do tempo nestes dois contextos socioculturais (Cruz et al., 2010). Consequentemente, a PHDA torna-se um distúrbio que, para além de debilitante, é crónico (Harpin, 2005; Romero-Ayuso et al., 2006), afetando as crianças ao longo da sua vida e sendo passível de se prolongar pela vida adulta. De facto, embora ainda haja pouca consistência nos resultados obtidos pela investigação, sabe-se que um terço das crianças com PHDA permanece com os sintomas da perturbação na idade adulta (Antunes, 2009; Santos & Vasconcelos, 2010). Por isso, o impacto desta perturbação na sociedade é muito grande: ela torna-se economicamente dispendiosa; afeta o funcionamento familiar e conjugal (Harpin, 2005), provocando grande desgaste e stress a todas as pessoas do agregado familiar; perturba o funcionamento das aulas, em particular, e da escola, em geral; prejudica significativamente o sucesso académico das crianças/jovens em causa; afeta a sua adequação emocional e social, comprometendo a sua autoestima, os seus comportamentos sociais e o seu percurso profissional (Harpin, 2005; Viaro, 2008; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010).

As caraterísticas comportamentais das crianças/jovens com PHDA e os problemas a ela associados variam ao longo das etapas de desenvolvimento (Power et al., 2009), isto é, alteram à medida que as crianças crescem (DSM-IV, 1996), mudam de ciclo de ensino e

as exigências da escola se modificam (Parker, 1999; Rief & Heimburge, 2000). Assim, não obstante as diferenças individuais e específicas do tipo de PHDA apresentado, de acordo com o DSM-IV (1996), Harpin (2005) e Power et al. (2009), no período pré-escolar as crianças com PHDA podem começar a chamar a atenção dos agentes educativos por apresentar excessiva agitação motora, dificuldades na participação em jogos, em estabelecer interações e dificuldades em participar com o grupo em atividades mais sedentárias. Na perspetiva de Harpin (2005), as crianças podem ainda revelar atraso no desenvolvimento e manifestar comportamentos de oposição.

Ao longo dos primeiro e segundo ciclos de ensino, as crianças com PHDA revelam-se muito impulsivas, denunciando falta de autocontrolo e de autorregulação que levam, por vezes, a comportamentos desajustados e desrespeitadores das regras e conduzem a processos disciplinares na escola. Normalmente, elas apresentam também um sono agitado e manifestam na escola extrema agitação motora, distraem-se muito facilmente e revelam dificuldades em iniciar as tarefas e em fixar-se nelas até as concluir. Por isso, estas crianças não mantêm a atenção nem centram os seus esforços sem incentivos externos (Rief & Heimburge, 2000). Para além disso, aborrecem-se facilmente, são muito desorganizadas, revelam um desempenho deficitário face ao seu potencial (Power et al., 2009; Rief & Heimburge, 2000) e têm dificuldade em manter as amizades (Power et al., 2009). Segundo Harpin (2005), nesta fase, as crianças com PHDA começam a ser vistas como diferentes, pois revelam dificuldades em atingir as competências que as conduziriam ao sucesso, experienciando o insucesso escolar com mais frequência do que as outras crianças sem PHDA. Podem começar a manifestar dificuldades específicas de aprendizagem, a sofrer a rejeição dos colegas e a revelar baixa autoestima. Para além disso, nesta faixa etária, as crianças com PHDA podem causar constrangimentos aos familiares, tanto em casa como em locais públicos, e alguns pais acabam, às vezes, por não

sair com elas, evitando a manifestação de comportamentos desajustados em público. Mais penoso ainda é o facto de tais comportamentos fragilizarem os laços familiares, tanto no que respeita à relação pais-filho (Wehmeier et al., 2010), como no que respeita ao relacionamento conjugal e entre os irmãos. O stress provocado por uma criança com PHDA no seio familiar pode levar à adoção de práticas parentais pouco ajustadas e ineficazes.

Na grande maioria dos casos, a sintomatologia da PHDA permanece na adolescência e na vida adulta (DuPaul, 2007), mas pode mudar ou apresentar-se de formas diferentes. À adolescência está associado um conjunto de transformações típicas que interferem com a maioria das áreas da vida dos adolescentes. Entre estas transformações estão o desejo que os adolescentes evidenciam em se afastarem dos pais e a consequente diminuição da autoridade destes face àqueles, o aumento das interações com os pares e a participação em atividades noturnas e/ou que implicam algum risco, a maturação física e sexual, entre outras (Wehmeier et al., 2010). Concomitantes com os aspetos referidos, os adolescentes com PHDA apresentam atraso no desenvolvimento das capacidades de autorregulação e défices nas funções executivas (Wehmeier et al., 2010). Assim, *grosso modo*, os adolescentes com PHDA apresentam-se esquecidos, impulsivos e agitados, desorganizados, com humor instável e frustrados, deprimidos e com baixo autoconceito, com desempenho académico errático, atração por estímulos intensos e propensão para adotar comportamentos de risco (Rief & Heimburge, 2000). Harpin (2005) e Wehmeier et al. (2010) referem que na adolescência os comportamentos hiperativos podem até diminuir, mas permanecem os comportamentos impulsivos, imensas dificuldades ao nível da atenção e extrema inquietação interior, que se traduz na insatisfação e na necessidade de estar permanentemente ocupado. Assim, os adolescentes com PHDA apresentam um autoconceito negativo e desrespeitam as regras; por vezes, tornam-se extremamente

agressivos ou até antissociais, incorrendo em processos disciplinares na escola. Por isso, na adolescência, os portadores de PHDA enfrentam riscos maiores de insucesso académico e de abandono escolar (DuPaul, 2007) do que os seus pares sem PHDA. Para além disso, a sua impulsividade pode originar comportamentos sexuais desajustados, gravidez, o envolvimento com substâncias aditivas, a adoção de comportamentos de risco e maior número de acidentes. Na verdade, na condução de veículos, os jovens são perigosos, tanto na condução lenta, porque se distraem muito, como na condução em velocidade, porque (re)agem impulsivamente (DuPaul, 2007; Wehmeier et al., 2010). Para além disso, segundo Wehmeier et al. (2010), os défices que os adolescentes com PHDA apresentam nas funções executivas prejudicam a sua memória de trabalho, o planeamento e o seu envolvimento nas atividades, o traçar de objetivos futuros, a compreensão auditiva e da leitura, comprometem o cumprimento dos seus compromissos com os outros e condicionam a autorregulação das emoções.

Foi anteriormente referido que a PHDA permanece na maioria dos indivíduos ao longo da vida (DuPaul, 2007; Tannock, 2007). Na mesma linha de pensamento, alguns autores como, por exemplo, Harpin (2005) e Wehmeier et al. (2010) referem que sessenta ou sessenta e cinco por cento dos indivíduos com sintomas de PHDA na infância continuam a apresentar sintomas da perturbação na vida adulta. Embora esta referência vá para além dos objetivos da atual revisão (uma vez que ela se centra apenas em crianças/jovens), importa referir, sinteticamente, que os indivíduos adultos com PHDA apresentam dificuldades em permanecer num emprego/profissão, sendo mais propensos ao despedimento, passando de emprego em emprego sem conseguir vínculos profissionais estáveis. Experienciam dificuldades nos relacionamentos interpessoais com os colegas de trabalho e com as entidades patronais. No contexto profissional, os seus problemas estão muito relacionados com as faltas ao trabalho, com atrasos sucessivos, com incapacidade de

trabalhar em equipa e em realizar os trabalhos no tempo definido. Por isso, frequentemente, os adultos com PHDA acabam por estabelecer-se profissionalmente por conta própria. Apresentam maior risco de abuso de substâncias ilícitas e de sofrer acidentes. Geralmente, estes adultos enfrentam também problemas no contexto familiar, ao nível sexual, conjugal e ao nível parental (Harpin, 2005).

1.2.2. Abordagens à PHDA e critérios de diagnóstico.

Segundo Rohde, Barbosa, Tramontina, e Polanczyk (2000) as primeiras referências a esta perturbação aparecem na literatura médica em meados do século XIX. Desde a primeira descrição da perturbação como tendo uma base biológica/hereditária, feita por George Fredrick Still, em 1902, no Royal College of Physicins, considerando a existência de fraca inibição volitiva e deficitária regulação moral do comportamento (Alves, 2004; Barkley, 1997; Oliveira & Albuquerque, 2009; Santos, 2008; Silva, 2003), o conceito foi aparecendo descrito de maneiras distintas.

Ao longo do tempo foram utilizadas diversas designações e nomenclaturas para a atual PHDA (Cordinhã & Boavida, 2008; Viaro, 2008). Salienta-se que até à década de 60 prevaleceu uma conceção orgânica da perturbação, que colocava a ênfase nas manifestações comportamentais (Barkley, 1997; Oliveira & Albuquerque, 2009): na década de 40 ela é designada de “lesão cerebral mínima” que passa a “disfunção cerebral mínima” nos anos 60 e 70 (Cruz et al., 2010; Viaro, 2008). Mais tarde, o sistema de classificação CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS) emprega a expressão “transtorno hipercinético”.

A partir da revisão da literatura realizada constatou-se que, ao longo de muito tempo, foi dado destaque especial à questão da hiperatividade, isto é, à agitação motora, que parece ser a parte mais visível da perturbação (Marques, 2004), subvalorizando os

aspetos relacionados com a atenção (Antunes, 2009; Santos, 2008; Silva, 2003). Contudo, alguns autores (Antunes, 2009; Silva, 2003) consideram que, na maioria das vezes, a agitação motora resulta do facto de a criança ser incapaz de filtrar e selecionar os estímulos relevantes, de focar e manter a sua atenção numa atividade pelo tempo necessário para a respetiva concretização. Com base nessas abordagens, a desatenção passou a ser considerada o aspeto mais importante no entendimento do comportamento da criança/jovem com PHDA. Mesmo porque essa dificuldade em manter-se concentrada em determinado assunto, pensamento, ação ou fala traz à criança/jovem consequências bastante negativas (Antunes, 2009; Santos, 2008; Silva, 2003).

Foi em 1970, com Virgínia Douglas, que as pesquisas deixaram de se centrar na hiperatividade e começaram a valorizar o défice de atenção, até então subvalorizado, como já foi referido. Douglas demonstrou que os défices na atenção sustentada e no controlo dos impulsos assumem um papel muito relevante, com valor igual ou superior ao da hiperatividade (Barkley, 1997). Esta valorização da desatenção prende-se com o reconhecimento de que as crianças/jovens podem ter défices de atenção sem apresentar hiperatividade (Antunes, 2009; Oliveira & Albuquerque, 2009). Em 1976, os estudos de Gabriel Weiss também valorizaram a atenção, apoiando-se no facto de na adolescência as crianças poderem reduzir a hiperatividade e permanecerem com problemas de atenção e de impulsividade (Silva, 2003). Este conhecimento de que pode existir défice de atenção com ou sem hiperatividade motivou vários estudos, com resultados ora convergentes ora divergentes, que foram provocando redefinições da perturbação (Oliveira & Albuquerque, 2009). Segundo Barkley (1997), Douglas incluiu posteriormente na PHDA quatro défices principais: o baixo investimento e a baixa manutenção do esforço, a deficiente adequação da excitação para atender às exigências da situação, uma forte inclinação para buscar o reforço imediato e dificuldades no controlo dos impulsos. Em 1988, Douglas concluiu que

estas quatro deficiências surgem a partir de um comprometimento mais central na capacidade de autorregulação. De acordo com Barkley (1997), outros investigadores referem que na PHDA está presente um défice motivacional. Mais recentemente, a PHDA tem sido associada a falhas na inibição comportamental, que estão relacionadas com as funções neuropsicológicas dos lobos pré-frontais do cérebro. Estes coordenam quatro funções executivas que permitem trazer o comportamento sob o controlo, a interiorização das informações sensoriais recebidas, o planeamento e a organização e a autorregulação das ações. Deste modo, estas funções permitem uma atenção mais dirigida para as atividades e maior persistência do foco atencional na respetiva realização (Rohde et al., 2004).

O desenvolvimento da investigação mostrou que a conceptualização da PHDA foi alvo de sucessivas reformulações e acabou por conduzir a uma classificação multidimensional, que procurou harmonizar as divergências e a complexidade subjacentes à conceptualização e à classificação desta perturbação (Oliveira & Albuquerque, 2009). Deste modo, na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* (1996) (DSM-IV), da American Psychiatric Association (APA), a perturbação é designada como *Attention Deficit Disorder with Hiperactivity*, considerando os fatores de desatenção, de impulsividade e de hiperatividade. Assim, a PHDA traduz-se num "padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento" (DSM-IV, 1996, p.80).

A PHDA, de acordo com o DSM-IV (1996), aparece subdividida em três tipos, de acordo com a sintomatologia dominante (Oliveira & Albuquerque, 2009; Santos & Vasconcelos, 2010). Assim, na visão clínica da PHDA temos o subtipo

predominantemente desatento, o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo e o subtipo combinado ou misto (Barkley, 1997; DuPaul, 2007; DSM-IV, 1996).

Os dados da investigação permitiram concluir que, apesar de ser caracterizada com base em sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, a PHDA é uma perturbação bastante heterogénea, tanto ao nível clínico como etiológico (Cordinhã & Boavida, 2008; Oliveira & Albuquerque, 2009; Rohde & Halpern, 2004). A investigação e a observação clínica realizadas por diversos autores permitiram determinar algumas caraterísticas presentes nas crianças/jovens com esta perturbação. Todavia, não podemos esquecer que "cada caso é um caso" e que as formas como a PHDA se apresenta, bem como o impacto que tem nas crianças/jovens e nas suas famílias, é muito variável (Cordinhã & Boavida, 2008).

Sem prejuízo do que foi exposto anteriormente, segundo Antunes (2009), Cordinhã e Boavida (2008), Costa, Santos, e Ramalho, (2010), DSM-IV (1996), Lopes (1996), Mazzoni e Tabaquim (2010), Parker (1999), Rief e Heimburge (2000), Rohde et al. (2000), Santos & Vasconcelos, (2010), Sheryl Olson (2002) cit in Martins (2008), Silva (2003), Vásquez cit in Bautista (1993) e Viaro (2008) uma criança/jovem é considerada desatenta quando apresenta: dificuldades na seleção dos estímulos relevantes; dificuldades em atender a detalhes; erra por descuido; dificuldades em manter a atenção em tarefas ou jogos, sobretudo os de regulamento mais exigente; tendência para se alhear e/ou não escutar quando lhe falam e para não terminar as tarefas escolares; muda frequentemente de uma atividade inacabada para outra; dificuldades em seguir instruções; relutância em iniciar tarefas que requeiram esforço mental; dificuldades em planear e organizar atividades; tendência para perder ou esquecer objetos, materiais escolares, nomes, prazos, datas e propensão para se distrair com estímulos alheios às tarefas que está a realizar. Do mesmo modo, os autores supracitados referem que uma criança/jovem é considerada

hiperativa quando apresenta atividade motora (física) excessiva, revelando dificuldade em permanecer quieta; agita as mãos, os pés ou o corpo na cadeira; não permanece sentada no lugar; fala, corre e/ou salta excessivamente e de forma inoportuna; aparenta uma sensação interna de inquietude ou ansiedade; revela dificuldades em brincar com os outros ou em realizar atividades de lazer; em ambientes fechados mexe em vários objetos ao mesmo tempo, derrubando a maior parte deles; apresenta baixa tolerância à frustração, insónias (porque o cérebro está tão agitado que não consegue "desligar"), instabilidade do humor e dificuldades em expressar-se (por vezes, as palavras/fala não acompanham a velocidade do pensamento).

Por último, e de acordo como os mesmos autores, uma criança/jovem é considerada impulsiva quando se apresenta incapaz de inibir os impulsos, provocando dificuldades em esperar pela sua vez; quando adota comportamentos intrusivos junto dos pares; interrompe os outros de forma repentina; quando se revela incapaz de inibir respostas inadequadas; quando diz o que lhe vem à cabeça; profere frases socialmente desajustadas; dá respostas precipitadas e/ou antes de as perguntas serem concluídas; atua antes de pensar e sem prever as consequências dessas ações. Estas caraterísticas levam a que estas crianças/jovens se envolvam em brincadeiras ou atividades perigosas, sendo este tipo de comportamento muito propício à ocorrência de acidentes.

Face ao exposto, importa salientar novamente a heterogeneidade da população com PHDA no que respeita à expressão dos sintomas (Martins, 2008) e compreender que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, enquanto sintomas isolados, podem estar associados, não à PHDA, mas a uma multiplicidade de outros fatores, como por exemplo: experiências traumáticas, relacionamentos interpessoais caóticos, sistemas educativos inadequados, práticas parentais desajustadas ou outras perturbações caraterísticas da infância e da adolescência. Consequentemente, fazer um diagnóstico é sempre muito

problemático (Cordinhã & Boavida, 2008). Com efeito, qualquer tentativa de diagnóstico deve ser sempre multidimencional (Cruz et al., 2010), contextualizada e deve ter em conta toda a história de vida da criança (Rohde et al., 2000), "integrando informação sócio-económica, ecológica, física, emocional, cognitiva, comportamental e familiar" (Cruz et al., 2010, p.15).

O diagnóstico da PHDA é fundamentalmente clínico (Fernandes & António, 2004; Rohde et al., 2000; Santos & Vasconcelos, 2010) e baseia-se em critérios comportamentais (Fernandes & António, 2004), devendo sempre ser cuidadoso, criterioso e realizado com o apoio de exames neurológicos (Barkley, 2002; Rohde & Halpern, 2004; Santos & Vasconcelos, 2010). Para ajudar a um diagnóstico mais preciso, foram estabelecidos pela APA um conjunto de critérios operacionais que estão bem definidos no DSM-IV (Antunes, 2009; Cordinhã & Boavida, 2008; Fernandes & António, 2004; Parker, 1999; Rief & Heimburge, 2000; Rohde et al., 2004; Rohde & Halpern, 2004; Santos & Vasconcelos, 2010). Os critérios comportamentais previstos no DSM-IV (1996), que funcionam também como sinais de alerta e ajudam a perceber a presença da perturbação, prendem-se com o início dos sintomas (frequentemente manifestam-se antes dos cinco anos; devem manifestar-se antes dos sete anos de idade), a duração dos sintomas de desatenção-hiperatividade-impulsividade (manifestam-se desde a idade pré-escolar ou, no mínimo, durante seis meses), a quantidade, a frequência e a intensidade dos sintomas (a criança deve manifestar frequentemente ao longo da vida, de forma intensa, pelo menos seis sintomas de qualquer um dos subtipos de PHDA), a persistência dos sintomas em mais que um contexto da vida da criança (em casa, na escola e em outros contextos sociais, para despiste de outras causas para esses sintomas), os prejuízos funcionais significativos, isto é, as consequências negativas para a criança (os sintomas perturbam o funcionamento social e familiar, o rendimento escolar e/ou o ajuste afetivo-emocional) e, por fim, a

exclusão de outras psicopatologias (tem que haver certeza que os comportamentos da criança não são sintomas atribuídos a outras perturbações do desenvolvimento ou comorbilidades). Por fim, vale a pena referir que, dado o caráter dinâmico da PHDA, o diagnóstico deve ser revisto de seis em seis meses (Santos & Vasconcelos, 2010).

1.2.3. Classificação e prevalência.

Segundo o manual de diagnóstico DSM-IV (1996), há diferentes subtipos de PHDA. Assim, a criança/jovem com PHDA pode pertencer a um de três subtipos: o *Tipo Predominantemente Desatento* (se estiverem presentes apenas os critérios de desatenção, isto é, pelo menos seis sintomas de falta de atenção, mas menos de hiperatividade e/ou impulsividade); o *Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo* (se estiverem presentes os critérios de impulsividade e os de hiperatividade, sem desatenção, isto é, seis ou mais sintomas de hiperatividade e/ou impulsividade, mas menos sintomas de falta de atenção) e o *Tipo Combinado ou misto* (se estiverem presentes os critérios de desatenção e os de hiperatividade, isto é, pelo menos seis sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade e/ou impulsividade). De acordo com Cruz et al. (2010), Mazzoni e Tabaquim (2010) e Santos e Vasconcelos (2010), a maioria das crianças/jovens com PHDA têm o tipo combinado.

Segundo o DSM-IV (1996), embora os indivíduos com PHDA exibam sintomas diversos de desatenção, hiperatividade/impulsividade, há sempre um destes padrões sintomáticos que é predominante, ao longo do período em que decorre a avaliação. Assim, a diferenciação dos vários tipos de PHDA prende-se com as diferenças da sintomatologia dominante, que se traduzem em diferenças comportamentais e desenvolvimentais, diferenças do funcionamento cognitivo e que, por isso, apresentam distintas necessidades terapêuticas (Oliveira & Albuquerque, 2009).

Atendendo ao que foi anteriormente exposto, as crianças/jovens com PHDA do tipo predominantemente hiperativo/impulsivo apresentam-se impulsivas, mais agressivas, são rejeitadas pelos colegas e têm poucos amigos (DuPaul, 2007). Apresentam, por isso, maior comprometimento ao nível das relações interpessoais. Segundo Barkley (1997), este subtipo da PHDA parece surgir durante os anos da educação pré-escolar.

As crianças/jovens com PHDA do tipo combinado apresentam maior disfuncionalidade global, comparativamente com as que apresentam os outros tipos de PHDA (Antunes, 2009; Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011; Rohde & Halpern, 2004; Sousa & Vasconcelos, 2010; Viaro, 2008). Na abordagem de Barkley (1997), este subtipo combinado da PHDA parece estar mais representado em crianças em idade escolar, que apresentam distração e défices na atenção sustentada (isto é, na persistência). Convém salientar que estas dificuldades na atenção parecem ser qualitativamente diferentes, e menos disfuncionais, das que são apresentadas pelas crianças/jovens com PHDA do tipo predominantemente desatento. Para além disso, as crianças/jovens com tipo combinado de PHDA podem desenvolver o tipo desatento à medida que crescem e diminuem os comportamentos hiperativos (Barkley, 1997).

As crianças/jovens com PHDA do tipo desatento apresentam défices de aprendizagem mais intensos, maior isolamento e maior índice de ansiedade, sobretudo nas crianças/jovens do sexo feminino (Sousa & Vasconcelos, 2010). Para Barkley (1997), estes sintomas de desatenção associados à PHDA parecem ter início alguns anos mais tarde, em relação aos outros subtipos, e originam prejuízos diferentes dos causados pelos problemas de atenção encontrados nos outros dois subtipos de PHDA. De forma mais clara, podemos dizer que as crianças/jovens predominantemente desatentas apresentam sintomas como o *sonhar acordado*, o *estar fora* do que se passa à sua volta, estar *em uma neblina*, confundindo-se facilmente, sendo letárgicas, hipoativas e passivas. Apresentam

défices na velocidade de processamento da informação em geral e em utilizar a atenção de forma focalizada e/ou seletiva, especificamente.

Os dados relativos à prevalência da PHDA são divergentes devido às diferentes metodologias utilizadas pelos investigadores (Moura, 2008), que apontam diferentes valores percentuais. Contudo, trata-se de uma perturbação altamente prevalente (Power, et al., 2009), estimando-se que nos Estados Unidos da América (EUA) a PHDA afete entre 3% e 5% da população escolar (Cruz et al., 2010; Barkley, 1998 cit in Junod et al., 2006; Parker, 1999) ou 3% a 10% como refere DuPaul (2007). No que respeita à população portuguesa, não foram encontrados valores precisos sobre a taxa de incidência da PHDA (Moura, 2008; Vásquez cit in Bautista, 1993). Contudo, para Antunes (2009), Costa e Rodrigues (2011), Moreira e Barreto (2009) e Oliveira e Albuquerque (2009) a PHDA atinge 5% a 7% da população em todo o mundo, sendo o segundo distúrbio (uma vez que o primeiro é a dislexia) mais frequente em crianças/jovens em idade escolar e aquele que mais crianças encaminha para os centros de saúde, para as consultas de pediatria, neurologia e pedopsiquiatria (Rohde et al., 2004; Topolski et al., 2004). Vale a pena referir que a persistência da PHDA na adolescência e na idade adulta tem sido ultimamente muito estudada, embora os resultados relativamente à respetiva prevalência sejam pouco consistentes (Santos & Vasconcelos, 2010). De acordo com Barkeley (2002), a persistência da PHDA na adolescência e na idade adulta varia de acordo com as amostras escolhidas pelos investigadores e os critérios utilizados para definir a perturbação. Parece, contudo, ser relativamente consensual que a PHDA permanece na maioria dos adolescentes (Junod et al., 2006) e num terço dos adultos (Antunes, 2009; Costa & Rodrigues, 2011; Moreira & Barreto, 2009; Oliveira & Albuquerque, 2009; Wehmeier et al., 2010), tornando-se, de acordo com o neuropediatra Pedro Cabral (Marques, 2004), um problema de saúde pública.

Como se pode concluir, os dados da investigação sugerem que a prevalência da PHDA depende de fatores como o país, o ambiente sociocultural das crianças/jovens, os tipos de PHDA, o género e a idade, sendo que a maior parte dos casos aparece por volta dos cinco anos de idade (Costa et al., 2010). Contudo, parece ser consensual entre os investigadores que há maior prevalência (três a quatro vezes mais, de acordo com Cordinhã e Boavida, 2008) de PHDA em crianças do sexo masculino (Barkley, 1997; Cordinhã e Boavida, 2008; DuPaul, 2007; Fernandes & António, 2004; Moreira & Barreto, 2009; Moura, 2008; Oliveira & Albuquerque, 2009; Parker, 1999; Topolski et al., 2004; Wehmeier et al. 2010; Zambom, Oliveira, & Wagner, 2006), sobretudo em virtude da influência dos fatores genéticos (Antunes, 2009; Costa et al., 2010), bem como da predominância das amostras do sexo masculino utilizadas nos estudos realizados pelos investigadores (Barkley, 2002). Para além de Barkeley (2002), também Oliveira e Albuquerque (2009) e Parker (1999) reiteram que a diferença de prevalência nos géneros pode estar relacionada com um menor número de estudos realizados com amostras do sexo feminino, pois os investigadores recorrem a amostras clínicas predominantemente masculinas. Segundo Cordinhã e Boavida (2008), na adolescência a diferença de prevalência entre rapazes e raparigas é menos evidente.

Não obstante o exposto, Moura (2008) e Oliveira e Albuquerque (2009) referem que as raparigas com PHDA, apesar de revelarem menores níveis de hiperatividade e de comportamentos externalizados, manifestam maior número de sintomas de desatenção e de comportamentos internalizados. Os autores ressaltam que essa diferença de sintomatologia leva a que, por vezes, a PHDA em raparigas seja diagnosticada tardiamente (apenas por volta da adolescência), pois os sintomas ficaram até então encobertos e/ou passaram despercebidos. Antunes (2009) corrobora esta ideia e aponta para um atraso de quatro a cinco anos no diagnóstico da PHDA em raparigas. Também Antunes (2009), Oliveira e

Albuquerque (2009), Rohde et al. (2000), Rohde e Halpern (2004), Silva (2003) e Viaro (2008) referem que o tipo de PHDA predominantemente desatento é mais frequente nas raparigas e estas apresentam um nível mais elevado de insucesso escolar, de isolamento social e retração, bem como grandes dificuldades em adotar um funcionamento social ajustado (pois, estando isoladas, dispõem de poucas oportunidades para adquirirem competências sociais de forma apropriada).

Para além dos subtipos da PHDA, existe ainda uma grande heterogeneidade nos comportamentos das crianças/jovens com diagnóstico de PHDA, em virtude da diversidade de caraterísticas individuais, dos níveis de frequência, de intensidade e de constância das três principais caraterísticas (Moura, 2008; Silva, 2003). Porém, parece ser consensual entre os investigadores que estas crianças/jovens apresentam um padrão de conduta caracterizado por excessos comportamentais (Vásquez cit in Bautista, 1993), parecendo que nelas tudo está "a mais": apresentam-se mais agitadas, mais desorganizadas e mais impulsivas, mais distraídas e dispersas (Silva, 2003). Na generalidade, as crianças/jovens com PHDA podem apresentar problemas funcionais significativos: desobediência e/ou relutância no cumprimento de regras, desorganização, pouca persistência nas tarefas que exigem a manutenção prolongada da atenção e níveis excessivos de vigilância (Lopes, 1996), dificuldades no desempenho de tarefas executivas e ao nível da memória de trabalho (Oliveira & Albuquerque, 2009), dificuldades específicas de aprendizagem (Topolski et al., 2004), desempenho académico inconsistente e insucesso escolar, agitação motora, descoordenação ou falta de jeito para a realização de tarefas motoras, inabilidade para relacionamentos interpessoais e problemas de ajuste social e emocional (Fernandes & António, 2004; Power et al., 2009; Topolski et al., 2004). Todas estas caraterísticas comportamentais favorecem o insucesso e são geradoras de baixa autoestima, isolamento social, baixas habilitações académicas e/ou abandono precoce da escolaridade (DuPaul,

2007; Fernandes & António, 2004; Loe & Feldman, 2007; Power et al., 2009). Na adolescência e na vida adulta há maior tendência para o consumo de substâncias ilícitas, para adotar comportamentos de risco, maior tendência para sofrer acidentes, sintomas depressivos e maior risco de desenvolverem doenças psiquiátricas.

1.2.4. Etiologia.

Apesar de toda a investigação realizada, ainda permanecem dúvidas concernentes às verdadeiras causas da PHAD (Cordinhã & Boavida, 2008; Fernandes & António, 2004; Moreira & Barreto, 2009; Moura, 2008; Parker, 1999; Rief & Heimburge, 2000; Rohde & Halpern, 2004), devido à grande diversidade e heterogeneidade de sujeitos com esta perturbação, às diferentes metodologias utilizadas na investigação e aos diferentes sistemas de diagnóstico (Oliveira & Albuquerque, 2009; Vásquez cit in Bautista, 1993).

Efetivamente, a etiologia da PHDA parece ser ainda complexa e muitas teorias foram avançadas ao longo dos tempos para explicar a origem da perturbação. Muitas das teorias não mereceram atenção, porque nunca foram reconhecidas cientificamente. Outras persistem e continuam a receber atenção, embora não tenham sido cientificamente provadas. Referimo-nos, de acordo com Parker (1999) e Vásquez cit in Bautista (1993), às ideias de que a PHDA possa ser causada pelos aromatizantes artificiais presentes nos alimentos, por alergias a alguns alimentos, por efeito de iluminação fluorescente, de problemas na coluna vertebral, por afeção do ouvido interno, por adoção de práticas educativas parentais pouco adequadas, entre outras. Esta ideia de que a PHDA possa ter a sua origem nos métodos e práticas educativas utilizadas pelos pais no processo de educação das suas crianças, para além de não ter evidência científica, parece ser, de todas elas, a mais penalizadora em termos familiares e sociais (Parker, 1999).

A literatura sugere que a teoria que reúne maior consenso na comunidade médica/científica é a que considera a PHDA como resultado de um distúrbio neurobiológico hereditário. Barkley (2002) e Parker (1999) apontam alterações genéticas e neurológicas como fatores etiológicos da PHDA. Barkley considera que a PHDA é uma "desordem neurológica" expressa em problemas de desinibição e de manutenção da atenção, do esforço e da persistência (Rief & Heimburge, 2000). Isto leva-nos a crer que os indivíduos com PHDA apresentam um défice na capacidade de autorregulação. Ou seja, uma ausência ou uma deficitária capacidade de inibir determinados comportamentos (Rief & Heimburge, 2000).

Embora se considere que não existe um gene responsável pela PHDA, o papel da hereditariedade na PHDA está confirmado cientificamente (Antunes, 2009; Borges, 2007 cit in Costa et al., 2010; Cordinhã & Boavida, 2008; Doyle et al., 2005; Fernandes & António, 2004; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Parker, 1999; Silva, 2003). Com efeito, os investigadores mostraram que a PHDA tende a manifestar-se em diferentes elementos da mesma família (Doyle et al., 2005; Parker, 1999; Rief & Heimburge, 2000; Santos & Vasconcelos, 2010), provando que existe maior incidência da perturbação entre parentes de crianças/jovens com PHDA, comparativamente com parentes de crianças/jovens sem PHDA (Cordinhã & Boavida, 2008; Silva, 2003). Alguns autores, como é o caso de Fernandes e António (2004), consideram como fatores biológicos de risco o consumo de drogas durante a gravidez, a patologia mental familiar, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e danos cerebrais perinatais no lobo frontal.

Segundo Antunes (2009), os fatores genéticos são responsáveis pela maioria das perturbações do desenvolvimento e estão presentes no diagnóstico da PHDA de forma similar ao que acontece, por exemplo, relativamente à estatura (em que pais altos tendem a ter filhos altos). "Qualquer pessoa com PHDA tem uma alta probabilidade de que também

os seus filhos tenham PHDA" (Antunes, 2009, p.152). Os numerosos estudos realizados com gémeos monozigóticos e dizigóticos mostraram consistência nos resultados que apontam para uma forte influência genética/hereditária no aparecimento da PHDA (Doyle et al., 2005): quando um gémeo monozigótico apresenta a perturbação, o outro também a apresenta; nos gémeos dizigóticos a incidência da perturbação não é muito diferente da que existe entre quaisquer irmãos, gémeos ou não (Antunes, 2009; Rohde & Halpern, 2004; Silva, 2009). Para além disso, estudos realizados com filhos adotados demonstram com evidência a associação dos aspetos hereditários com a PHDA. Assim, quando se compara os resultados, observa-se uma prevalência da perturbação entre os parentes biológicos em relação aos parentes adotivos (Rohde & Halpern, 2004).

Nos últimos anos têm sido realizados diversos estudos neuropsicológicos para tentar compreender os aspetos neurobiológicos da PHDA, investigando o envolvimento das catecolaminas, sobretudo os neurotransmissores noradrenalina e dopamina, na perturbação (Antunes, 2009; Doyle et al., 2005; Fernandes & António, 2004; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011; Parker, 1999; Rohde & Halpern, 2004). Abordagens mais recentes referem também a participação de outros neurotransmissores como, por exemplo, a serotonina no disfuncionamento cerebral (Antunes, 2009; Cordinhã & Boavida, 2008; Doyle et al., 2005; Parker, 1999; Silva, 2003). Contudo, a forma como qualquer um destes neurotransmissores interfere no desencadear dos sintomas de PHDA ainda continua em estudo. Estudos experimentais realizados com seres humanos e animais mostraram correlação entre os sintomas da PHDA e as alterações químicas induzidas nos neurotransmissores e provaram que estes são "directamente responsáveis pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição" (Parker, 1999, p.14). Deste modo, a ciência tem apresentado evidências de que, nas pessoas com PHDA, os sistemas neuroquímicos estão desregulados, alterando o funcionamento dos sistemas

cerebrais responsáveis pelas funções da atenção, do controlo dos impulsos e da atividade (Parker, 1999; Rief & Heimburge, 2000; Silva, 2003).

Os inúmeros estudos realizados (em 1990 por Alan ZametKin e mais tarde por H. C. Lou) (Silva, 2003) com exames de neuroimagem funcional (Barkley, 1997, 2002) permitiram concluir que nas pessoas com PHDA a região frontal do cérebro recebe menos irrigação sanguínea (consequentemente, menos glicose, que é a principal fonte de energia das células cerebrais) e, por isso, tem menos energia e apresenta um funcionamento reduzido (Rief & Heimburge, 2000; Silva, 2003). Segundo Antunes (2009), Moura (2008), Muzzetti e De Luca-Vinhas (2011), Oliveira e Albuquerque (2009) e Silva (2003), o lobo frontal do cérebro é o grande "filtro inibidor do cérebro humano" (Silva, 2003, p.62), sendo o principal responsável pela ação reguladora do comportamento humano, mantendo os impulsos sob controlo, sintetizando e processando as informações sensoriais e cognitivas, regulando a atenção, planeando as atividades, permitindo, deste modo, a aprendizagem. Por isso, as pessoas com PHDA apresentam défice entre o processamento da informação recebida e a resposta produzida e alterações funcionais do controlo dos impulsos, da inibição das respostas inadequadas (até que seja processada toda a informação), da seleção dos estímulos irrelevantes, do planeamento de ações futuras e da função executiva (Romero-Ayuso et al., 2006), que permite a autorregulação dos afetos, a reconstituição e a análise do próprio comportamento, coordena a memória de trabalho, os aspetos ligados à atenção, os processos de motivação e a capacidade de resolução de problemas (Doyle et al., 2005; Cordinhã & Boavida, 2008; Mazzoni &Tabaquim, 2010; Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011; Rohde & Halpern, 2004; Romero-Ayuso et al., 2006; Santos & Vasconcelos, 2010; Silva, 2003).

Segundo os autores supramencionados, o comportamento humano é regulado pelo lobo frontal, que exerce uma série de funções de caráter inibitório em relação aos

pensamentos, impulsos e velocidade da atividade física e mental. E é este aspeto que falha nas crianças/jovens com PHDA, conforme revelam os exames neurofisiológicos e de imagem funcional realizados (Cordinhã & Boavida, 2008). Se o "filtro falha", a ação dos indivíduos será sempre mais intensa e precipitada do que deveria (Silva, 2003). Assim, quando as crianças com PHDA tentam concentrar-se, a atividade do lobo frontal diminui, em vez de aumentar como seria normal; ora, falhando a ação reguladora, o cérebro terá uma atividade muito mais intensa, receberá uma tempestade de pensamentos e de impulsos a uma velocidade excessiva, comparativamente com a média. Ao ser invadida por uma tempestade de estímulos, a mente da criança/jovem com PHDA dispersa-se de estímulo em estímulo e não consegue focar a atenção em qualquer um deles (Silva, 2003). Surgem, então, sintomas como desorganização interna, falta de organização do tempo e das atividades, incapacidade para aprender com os erros cometidos, distração, dificuldades no controlo dos impulsos, pouca noção do tempo e incapacidade para realizar previsões (Antunes, 2009; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011; Santos & Vasconcelos, 2010). Essas crianças/jovens apresentam, então, uma disfunção nos circuitos cerebrais e não uma permanente vontade de se comportar de forma desajustada, falta de interesse por tudo o que as rodeia, indisponibilidade afetivo-emocional ou simplesmente falta de vontade de se empenhar nos estudos (Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011; Silva, 2003). Importa acrescentar que os avanços da investigação neste domínio, aliados às possibilidades de tratamento que minimizem os sintomas, permitiram libertar inúmeras crianças/jovens da marginalidade (Silva, 2003) a que a sociedade as sujeitava.

Apesar de todas as evidências obtidas nos estudos de genética e neurobiológicos realizados, não se pode excluir, de forma alguma, o papel dos fatores ambientais (Antunes, 2009), isto é, as influências culturais, familiares e a exposição a acontecimentos ou vivências stressantes (Rohde & Halpern, 2004; Santos & Vasconcelos, 2010). De acordo

com Doyle et al. (2005), múltiplos fatores genéticos e não genéticos atuam em conjunto para o aparecimento da PHDA. Embora os fatores ambientais, por si só, não possam ser considerados responsáveis pela PHDA, é inegável que eles podem contribuir para inibir ou desencadear as caraterísticas latentes, melhorando ou prejudicando ainda mais o funcionamento dos indivíduos a vários níveis. Assim, os diferentes autores (Antunes, 2009; Cordinhã & Boavida, 2008; Costa et al., 2010; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Moreira, 2009; Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011; Rohde & Halpern, 2004; Silva, 2003) salientam que, na busca da origem da PHDA, aos aspetos genéticos se associam diferentes fatores ambientais. São considerados fatores ambientais de risco os desentendimentos familiares e/ou violência doméstica, a privação do sono, o baixo nível sócio-económico, as vivências stressantes e/ou traumatizantes, a criminalidade dos pais e as complicações durante o parto (Fernandes & António, 2004).

Atendendo a tudo o que foi explicitado, verificamos que existe uma visão multifatorial (Doyle et al., 2005) da PHDA, sendo consensual entre os autores que a PHDA tem na sua origem a influência de uma combinação complexa de fatores genéticos, adversidades biológicas e fatores ambientais e psicossociais (Cordinhã & Boavida, 2008; Fernandes & António, 2004; Moreira & Barreto, 2009; Rohde & Halpern, 2004; Santos & Vasconcelos, 2010; Viaro, 2008). Nesta perspetiva multifatorial privilegia-se uma interação entre os múltiplos fatores, genéticos-familiares e ambientais (Cordinhã & Boavida, 2008; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Silva, 2003; Viaro, 2008). Efetivamente, embora não se possa estabelecer uma relação de causa-efeito, parece ficar claro que o aparecimento e a evolução da PHDA dependem de um conjunto de genes, da interação dos mesmos entre si, e da sua interação com o meio ambiente (Rohde & Halpern, 2004). Verifica-se que, por vezes, os fatores ambientais criam condições para que os sintomas da

PHDA, presentes na criança/jovem por predisposição genética, se manifestem ou sejam inibidos/minimizados.

A compreensão da PHDA como realidade onde interagem múltiplos fatores representa uma esperança para os seus portadores, bem como para as suas famílias, porque permite que a genética deixe de ser encarada como uma fatalidade e passe a ser encarada apenas como uma forte probabilidade. Efetivamente, a bioquímica cerebral sofre as influências do meio e, devido à sua plasticidade, é passível de transformação e/ou adaptação (Silva, 2003). Para além disso, a partir deste conhecimento, a PHDA deixa de ser encarada exclusivamente como resultado da forma como as crianças são educadas, da formação dos pais e/ou do seu estatuto socioeconómico (Moura, 2008), ou como resultante unicamente de fatores herdados geneticamente. Assim, se por um lado "as crianças com PHDA não são o resultado de má-educação, mas sim de fatores biológicos sobre os quais nem elas nem os pais têm controlo qualquer" (Antunes, 2009, pp.152-3), por outro lado ambientes bem estruturados podem levar a que os sintomas não se manifestem em crianças com carga genética da PHDA (Silva, 2003).

Tendo por base tudo o que foi exposto, parece ficar evidente que, apesar das numerosas investigações, os estudos etiológicos da PHDA terão de continuar, uma vez que esta perturbação se apresenta muito heterogénea, tanto no que respeita à identificação das suas causas como ao nível da sua complexidade clínica (Antunes, 2009; Rohde & Halpern, 2004; Silva, 2003).

1.2.5. Problemas associados.

Ao estudar a PHDA deparamo-nos com dificuldades que se prendem com a elevada prevalência de condições comórbidas (sobretudo porque a investigação sugere que a comorbilidade é a regra e não a exceção), bem como com os diferentes efeitos dos diversos

tipos de comorbilidades (Oliveira & Albuquerque, 2009). Estes autores alertam, portanto, para a necessidade de se atender ao impacto das comorbilidades, quer na avaliação clínica quer na investigação.

Segundo Mazzoni e Tabaquim (2010), a PHDA é um problema de saúde mental que tem impacto na vida da criança/jovem e das pessoas que convivem com ela, acarretando dificuldades e disfuncionalidade a vários níveis: ao nível do comportamento, da aprendizagem e ou do funcionamento social e emocional (Antunes, 2009; Parker, 1999; Topolski et al., 2004). Contudo, a presença e o impacto da PHDA na vida das crianças/jovens são muito variáveis. Em muitos casos, os sintomas de PHDA persistem na adolescência (segundo Barkeley (1997) em 60% a 70% dos casos) e na idade adulta (DuPaul, 2007), existindo um terço dos adultos que mantêm comportamentos semelhantes aos da infância, sobretudo a impulsividade e as dificuldades de concentração, que muito os afetam ao nível profissional, na condução automóvel, ao nível afetivo, emocional e sexual (Antunes, 2009; Barkeley, 2002; Biederman et al., 2006; Bordin & Offord, 2000; Harpin, 2005; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Moura, 2008; Rohde & Halpern, 2004). Em outros casos, a hiperatividade diminui ou desaparece, mas permanecem as dificuldades ao nível da atenção e os comportamentos impulsivos (Antunes, 2009; Cordinhã & Boavida, 2008; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Rohde et al., 2000; Rohde & Halpern, 2004; Wehmeier et al., 2010; Zambom et al., 2006; 2004). Há, ainda, alguns casos em que é apenas na adolescência que a PHDA é diagnosticada em raparigas, cujos sintomas estiveram encobertos e que só nessa fase se manifestaram através de sentimentos de frustração, "baixa autoestima, fraca imagem de si próprio, desmotivação para o trabalho escolar, depressão" (Antunes, 2009, p. 157), que poderão levar a comportamentos de risco. A autoestima de uma pessoa é a atitude positiva ou negativa em relação a si mesma, sendo um constructo central relacionado com a autoconfiança, o autoconceito, a autoperceção, a

autoimagem, a autodepreciação (Wehmeier et al., 2010). Deste modo, os adolescentes com PHDA, comparativamente com os seus pares sem PHDA, têm pior autoperceção e desenvolvem, por vezes, quadros clínicos de ansiedade e depressão, de tanto se preocuparem com a sua competência e com a qualidade do seu desempenho. São, por isso, indivíduos muito inseguros e extremamente tímidos (Wehmeier et al., 2010).

Independentemente do facto de os diversos investigadores apontarem percentagens diferentes de comorbilidades com a PHDA, todos eles referem que é muito frequente a PHDA fazer-se acompanhar de outros problemas (Antunes, 2009; Barkley, 1997; Harpin, 2005; Moura, 2008), sendo que raramente se apresenta isolada (Viaro, 2008). Os dados da investigação mostram que apenas um terço das crianças/jovens com PHDA a têm em "estado puro", sendo muito frequente encontrarmos crianças/jovens que apresentam outras problemáticas a ela associadas (Antunes, 2009; Cordinhã & Boavida, 2008; Moura, 2008; Wehmeier et al., 2010; Zambom et al., 2006), facto que complica muito os respetivos quadros clínicos (Moura, 2008). De acordo com o DSM-IV (1996) e com a experiência profissional, os professores, os pais e os médicos consideram que a criança/jovem com PHDA tem associados diversos problemas ligados à atenção e ao comportamento. Estas caraterísticas originam, frequentemente, nas crianças/jovens com PHDA dificuldades de aprendizagem, bem como reações negativas por parte dos pais e dos professores. Concomitantemente, segundo os investigadores, as crianças/jovens com PHDA manifestam muitas dificuldades nos relacionamentos interpessoais com os pares (DeBoo & Prins, 2007; Landau, Milich & Diener, 1998; Wehmeier et al., 2010). De acordo com DeBoo and Prins (2007) e Wehmeier et al. (2010), as dificuldades que as crianças/jovens com PHDA apresentam ao nível dos relacionamentos sociais não são simplesmente resultado da falta de competências sociais. Geralmente, elas estão associadas a défices cognitivos e emocionais, incluindo distorções na compreensão e no processamento de

informações sociais, disfunções executivas e desregulação emocional (DeBoo & Prins, 2007).

Pelo exposto, parece ficar claro que, comummente, à PHDA estão associados maiores riscos de mau desempenho escolar e baixo rendimento académico, retenções, suspensões e expulsões da escola, relações pobres com os colegas (Barkley, 1997; DuPaul, 2007; Landau, et al., 1998) e com os familiares, ansiedade e depressão, agressividade, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso de substâncias ilícitas, acidentes de trânsito e violações do limite de velocidade, bem como dificuldades nos relacionamentos sociais (Barkley, 1997; Wehmeier et al., 2010). No que respeita aos adolescentes/jovens e aos adultos, Barkley (1997, 2006) e Wehmeier et al. (2010) referem dificuldades no funcionamento conjugal, nos relacionamentos sexuais, instabilidade profissional, bem como propensão para acidentes e quase três vezes mais probabilidade de morrer precocemente. Para além disso, todas estas alterações e dificuldades interferem na autoestima dos indivíduos e, por isso, no seu bem-estar social e na sua qualidade de vida (QV); isto é, na perceção que o indivíduo tem das suas condições de vida e do seu funcionamento físico, psicológico, cognitivo e social (Danckaerts et al., 2010; Topolski et al., 2004; Wehmeier, et al., 2010).

Segundo Pereira et al. (2005) citado por Moreira e Barreto (2009) e segundo Viaro (2008), 30% a 50% dos casos de PHDA apresentam comorbilidades. Comorbilidade é um termo que os investigadores utilizam para se referirem à simultaneidade de ocorrência de dois ou mais problemas orgânicos (Santos & Vasconcelos, 2010), isto é, quando um indivíduo apresenta concomitantemente dois ou mais problemas de saúde (Mazzoni & Tabaquim, 2010; Viaro, 2008).

Para além de outros fatores, como o momento em que se faz o diagnóstico e se inicia a intervenção, a presença de comorbilidades é um dos fatores que pode dificultar a

identificação da PHDA (Viaro, 2008) e agravar o seu prognóstico (Cordinhã & Boavida, 2008). Além destes, também a presença de psicopatologia familiar, o défice cognitivo, o insucesso escolar, o baixo nível socioeconómico e cultural são fatores que pioram o prognóstico da PHDA (Cordinhã & Boavida, 2008).

Os diferentes estudos apontam para diversas comorbilidades com a PHDA e em percentagens muito diferentes. Independentemente da divergência que existe na atribuição de valores percentuais a cada uma das comorbilidades (em função dos estudos realizados), os diversos autores apontam, de forma relativamente consensual, como principais comorbilidades com a PHDA as que a seguir mencionamos: perturbações do comportamento (distúrbios de oposição, de conduta, comportamento negativista, antissocial e hostil); perturbação da ansiedade e perturbações do humor (depressão, distúrbio bipolar); baixa autoestima e insegurança; dificuldades de aprendizagem específicas (sobretudo dislexia e disortografia) e insucesso escolar; perturbação de tiques de Gilles de la Tourette; perturbações cognitivas (défice cognitivo ou deficiência mental); distúrbios neurológicos; baixa resistência à frustração; comportamentos de risco e abuso de substâncias ilícitas (Antunes, 2009; Barkley, 1997; Biederman et al., 2006; Bordin & Offord, 2000; Cordinhã & Boavida, 2008; Costa et al., 2010; DeBoo & Prins, 2007; Fernandes & António, 2004; Halpern, 2004; Landau, Milich, & Diener, 1998; Mazzoni & Tabaquim, 2010; Moreira & Barreto, 2009; Moura, 2008; Rohde et al., 2000; Rohde et al., 2004; Rohde & Halpern, 2004; Wehmeier et al., 2010).

Para além do que foi anteriormente referido e atendendo ao facto de o presente estudo se debruçar especificamente sobre o envolvimento das crianças/jovens com PHDA em contexto escolar, importa referir, uma vez mais, que os vários estudos estatísticos sugerem que 25% das crianças/jovens com PHDA apresentam dificuldades de aprendizagem (Parker, 1999) e 90% das crianças com PHDA obtêm resultados académicos

inferiores aos que poderiam ter, de acordo com as suas capacidades intelectuais. Considera-se, portanto, que a PHDA impede que as crianças/jovens possam atingir todo o seu potencial. Além disso, por exemplo, nos EUA cerca de um terço das crianças com PHDA abandona a escola precocemente (Antunes, 2009). Landau et al. (1998) referem que os pais, os professores e os psicólogos consideram extremamente importante compreender a qualidade dos relacionamentos das crianças/jovens com PHDA com os seus pares, bem como a reputação ou imagem social que daí advém, pois a presença de deficientes competências sociais constitui-se como fator de risco para o aparecimento de outras problemáticas. De acordo com os mesmos autores, os estudos realizados têm demonstrado que há relação entre o relacionamento negativo e disfuncional com os pares e os problemas de desenvolvimento e/ou clínicos que surgem mais tarde. Na verdade, é nos relacionamentos com os pares que as crianças adquirem uma diversidade de competências sociais, nomeadamente a reciprocidade das relações, a inibição do comportamento inadequado e/ou agressivo e o desenvolvimento do comportamento adaptativo.

A associação entre PHDA e comprometimento na aprendizagem parece estar mais presente no tipo de PHDA predominantemente desatento, por se tratar de situações em que o desempenho neurocognitivo das crianças está claramente comprometido (Viaro, 2008). Efetivamente, se as crianças com PHDA se distraem facilmente (porque não têm capacidade de manter a atenção pelo tempo necessário à conclusão das tarefas), não controlam os impulsos e não seguem instruções, dificilmente terão um bom desempenho escolar. Atuam com lentidão na execução das tarefas e executam-nas de forma ineficaz (Cordinhã & Boavida, 2008), apresentam baixa tolerância à frustração e baixa autoestima (Wehmeier et al., 2010). Para além deste insucesso (escolar) e do enorme sofrimento a que o mesmo as sujeita, agravam-se os problemas de desadaptação social (Pastura, Mattos & Araújo, 2005; Wehmeier et al., 2010). As crianças/jovens pouco competentes nos

relacionamentos com os pares experienciam maiores níveis de solidão, são frequentemente detestadas e rejeitadas pelos pares e excluídas do grupo. Consequentemente, adquirem um estatuto social negativo, sentem-se isoladas e infelizes e sem oportunidades de estabelecer relacionamentos sociais positivos (Landau et al., 1998). Wehmeier et al. (2010) ressaltam que os défices que as crianças e adolescentes com PHDA apresentam ao nível do funcionamento psicossocial prejudicam a sua qualidade de vida (QV), bem como o bem-estar e a QV da sua família. Os investigadores referem que as crianças e adolescentes com PHDA evidenciam competências sociais e de comunicação mais pobres do que as apresentadas por pares sem PHDA. Salientam, também, que estas dificuldades de relacionamento provocam grande stress no contexto familiar, prejudicando as interações entre pais e filhos, que refletem alguma hostilidade e conflituosidade, e distúrbios no funcionamento conjugal.

1.2.6. Perfil de funcionalidade das crianças/jovens com PHDA na escola.

A sociedade atual é muito exigente e move-se por valores de competitividade, *performance* e bons resultados, pressionando o indivíduo a ser dinâmico, rápido e bastante competitivo, afastando e marginalizando aqueles que não conseguem acompanhar o ritmo destas exigências (Alves, 2004; Santos, 2008).

Como já foi referido neste estudo, a investigação mostra que a PHDA é frequentemente diagnosticada em idade escolar, em função das maiores exigências sociais e académicas (Cordinhã & Boavida, 2008). Na verdade, enquanto a criança com PHDA convive apenas no contexto familiar, muitas das suas caraterísticas passam despercebidas ou ficam apenas latentes, porque ela conta com a estrutura familiar para a ajudar a organizar-se (Silva, 2003). Por outro lado, a família só começa a preocupar-se com a excessiva atividade motora da criança, com a falta de persistência nas tarefas e com as

contínuas distrações quando ela passa a frequentar a educação pré-escolar ou o primeiro ciclo (Romero-Ayuso et al., 2006). Efetivamente, é com a entrada para a escola que essas caraterísticas se tornam problemáticas, porque a criança começa a ter que ajustar-se a um novo contexto, respeitar regras, cumprir rotinas, executar tarefas com tempos definidos pelo professor e ser recompensada ou punida de acordo com a rapidez e a eficácia com que responde a essas solicitações. Além disso, no contexto escolar as exigências de "comportamentos orientados para a tarefa são sistemáticas e rigorosas, motivando padrões comportamentais idênticos em indivíduos eventualmente distintos" (Lopes, 1996, pp. 62-63). Por isso, como refere Barkley (2002) citado por Viaro (2008), as crianças com PHDA apresentam grandes dificuldades de ajustamento face a todas as demandas da escola.

Para além do exposto, segundo alguns autores (DSM-IV, 1996; Rohde, 2003 in Moreira & Barreto, 2009; Santos, 2008) as caraterísticas da PHDA intensificam-se em situações de grupo, agravando ainda mais o quadro comportamental característico, sobretudo se houver comorbilidade com transtorno de conduta e/ou distúrbios de oposição (Wehmeier et al., 2010). Por isso, é muito frequente surgirem na escola professores preocupados e/ou desesperados com o comportamento das crianças/jovens no contexto da sala de aula, porque elas perturbam, desorganizam as aulas e destabilizam o grupo-turma no qual estão inseridas (Costa & Rodrigues, 2011). Mazzoni e Tabaquim (2010) relatam que os professores referem que as crianças/jovens com PHDA, para além de causarem grande perturbação na sala de aula, apresentam insucesso escolar. Do mesmo modo, Tannock (2007) menciona os prejuízos causados pela PHDA, mostrando que as crianças/jovens com PHDA apresentam dificuldades de aprendizagem e alto risco de insucesso escolar, apesar de terem capacidades intelectuais dentro ou acima da média. Para além disso, apresentam maior risco de reprovação, obtêm baixas habilitações académicas e

abandonam a escola precocemente (DuPaul, 2007). Quando jovens e/ou adultos desempenham, de forma irregular e intermitente, funções em empregos precários.

Segundo Romero-Ayuso et al. (2006) e Tannock (2007), a PHDA prejudica o funcionamento das estruturas funcionais do cérebro que estão relacionadas com os processos essenciais no decurso da aprendizagem. Os investigadores referem-se às funções executivas, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho, controlo atencional e velocidade no processamento da informação. Tannock (2007) considera que as crianças/jovens com PHDA fazem o processamento da informação de forma muito mais lenta do que as crianças/jovens sem PHDA. Assim, a criança/jovem com PHDA, para além de apresentar dificuldades em controlar o seu comportamento, também revela comprometimento nos processos relacionados com o perceber, o pensar, o lembrar e/ou o aprender (Tannock, 2007). A partir desta compreensão, parece evidente que a função executiva é responsável pelo desempenho académico e pelo controlo do comportamento, apresentando-se, juntamente com a memória de trabalho**,** como forte preditor da aprendizagem (Tannock, 2007). Assim, no entender da investigadora, a PHDA talvez devesse ser vista mais como uma perturbação da aprendizagem do que como uma perturbação do comportamento.

Sabe-se que a aprendizagem é um processo complexo, que tem na base a interação do indivíduo com o meio, a partir da qual ele incorpora a informação por ele oferecida, segundo as suas necessidades e os seus interesses (Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011). Salienta-se que a atenção desempenha um papel fundamental neste processo de interação com o meio e que a existência de problemas ao nível dos sistemas atencionais implica diferenças substanciais quer na quantidade quer na qualidade da informação que as crianças/jovens conseguem processar (Ramalho et al., 2010). Em situação normal, qualquer criança/jovem seleciona os estímulos aos quais presta atenção, porque uns são relevantes e outros irrelevantes para o que está a aprender ou a executar. Assim, o processo

atencional implica sempre uma espécie de seletividade que leva à valorização de alguns estímulos e não de outros (Mello, 1988). Parece ter ficado claro, a criança/jovem com PHDA tem um funcionamento cerebral muito específico: é invadida por imensos estímulos e não sabe priorizar (Silva, 2003); para ela todos os estímulos se apresentam com igual valor, por isso, é tão importante a voz da professora como o lápis que cai ao chão, na mesa ao seu lado (Antunes, 2009). Há, assim, um excesso de atenção a todos os estímulos, aos úteis e aos inúteis, e a criança/jovem pode ter dificuldade em manter a atenção focada pelo período de tempo que necessita para selecionar os estímulos relevantes (atenção seletiva) e inibir os estímulos externos (distratibilidade) (Antunes, 2009). Deste modo, não é de estranhar que estas crianças/jovens, com um cérebro que parece nunca parar, apresentem dificuldades em aprender e em memorizar. Se elas são incapazes de estar atentas à informação, dificilmente conseguirão apreendê-la, integrá-la e armazená-la (Maia & Verejão, s/d). Isso deve-se à incapacidade para canalizar e sustentar a atenção, por tempo suficiente e com a intensidade adequada, e não à falta de capacidades intelectuais (Maia & Verejão, s/d; Silva, 2003). Segundo as mesmas autoras, muito frequentemente estas crianças/jovens não terminam as tarefas que iniciam, ficam atraídas pelo turbilhão de estímulos, perdem-se em pensamentos e imagens que assaltam a sua mente até ficarem cansadas e confusas, sem conseguirem reter a informação. Tudo isto é agravado pela consciência que a criança/jovem tem desta sua incapacidade e dos prejuízos que isso lhe causa: começa a ser rotulada, começa a apresentar baixa autoestima e acaba por acreditar nos rótulos que lhe atribuem, baixando as expectativas (tanto as suas como as dos que com ela convivem).

Outras caraterísticas evidenciadas pelas crianças/jovens com PHDA, e que interferem no seu processo de aprendizagem, prendem-se com a organização do trabalho e com a definição de estratégias complexas de resolução dos problemas, refletindo um

esforço insuficiente ou uma estratégia ineficaz, com dificuldade em regrar e orientar o próprio comportamento face às tarefas (Lopes, 1996), dificuldade em aprender com a experiência e em antecipar consequências (Maia & Verejão, s/d). Assim, muito frequentemente as crianças/jovens com PHDA apresentam realizações deficitárias, relativamente a crianças/jovens que não têm a perturbação (Lopes, 1996). Importa atender ao que Marcelii (1998) citado por Viaro (2008) explica quando alerta para o facto de as possibilidades de aprender e o desejo de aprender serem realidades muito distintas. Partindo desta ideia, percebe-se que, embora a maioria das crianças/jovens deseje ter um bom rendimento escolar, não consegue (Moreira & Barreto, 2009) devido às suas limitações ao nível da atenção e da concentração, que interferem com outras capacidades executivas, bem como ao nível do cumprimento das regras da sala de aula (Mazzoni & Tabaquim, 2010).

Apesar das inúmeras definições do conceito, parece ser consensual que a motivação para a aprendizagem é como que uma força interna que "impulsiona o aluno para estudar, iniciar os trabalhos e perseverar neles até ao fim" (Neves & Boruchovitch, 2004, p. 79). Deste modo, a motivação para a aprendizagem parece ser o processo que permite ao aluno ter ou descobrir motivos para aprender, para se aperfeiçoar e para rentabilizar todas as suas capacidades (Balancho, 1994 cit in Dias, 2009). Contudo, sabe-se que em contexto escolar isto não é assim tão simples; na escola as atividades são sempre obrigatórias, exigentes, muitas delas aborrecidas e/ou repetitivas, executadas sob pressão dos professores e sujeitas a avaliação. Para além disso, todo este processo decorre num contexto relacional, em interação constante com outras crianças/jovens e com um ou vários professores, dependendo do ciclo em que se encontre a criança/jovem. Estas especificidades do contexto escolar fazem com que a motivação para a aprendizagem na escola tenha

caraterísticas diferentes da motivação para execução de qualquer outro tipo de atividade lúdica e/ou mais atrativa.

Mazonni e Tabaquim (2010) parecem partilhar a ideia de Marcelii (1998) citado por Viaro (2008), quando referem que as crianças/jovens com PHDA estão motivadas para aprender, contudo não conseguem manter o interesse (porque demonstram constante interesse por tudo o que acontece de imediato à sua volta, dispersando a atenção). Importa, então, salientar que, embora a motivação e o desejo de saber sejam "algo inerente à espécie humana" (Muzzetti & De Luca-Vinhas, 2011, p.245), nas crianças/jovens com PHDA o sistema de motivação intrínseca não funciona adequadamente e, por isso, elas saem muito prejudicadas.

Entre os autores parece ser consensual que a motivação intrínseca (conceito clarificado mais adiante neste trabalho) facilita a aprendizagem e o desempenho dos estudantes, pois a criança/jovem que está intrinsecamente motivada envolve-se em atividades que lhe permitem o aumento dos seus conhecimentos e o desenvolvimento das suas capacidades (Neves & Boruchovitch, 2004). Assim, devido à limitação apresentada pelas crianças/jovens com PHDA ao nível da motivação intrínseca, é certo que elas precisam de muito estímulo externo para realizarem tarefas repetitivas e/ou mentalmente exigentes.

Atendendo ao exposto e de acordo com Tannock (2007) os professores devem estar cientes de que as práticas pedagógicas na sala de aula podem fazer toda a diferença para as crianças/jovens com PHDA. A investigação mostrou que as intervenções escolares em que os professores mudaram as suas práticas de ensino e recorreram a estratégias de gestão comportamental, contribuíram para melhorar o comportamento e os resultados escolares dos alunos com PHDA. Além disso, a implementação na sala de aula de exercícios de

promoção e de treino da memória de trabalho também revelaram resultados positivos, tanto ao nível cognitivo como ao nível da melhoria do comportamento (Tannock, 2007).

Segundo Barkley (2006) citado por Moura (2008), as crianças/jovens com PHDA revelam-se desatentas, hiperativas-impulsivas em diferentes contextos em que lhes é exigido a manutenção da atenção, o controlo motor, a inibição dos impulsos e a regulação do comportamento. Efetivamente, os sintomas comportamentais específicos da PHDA têm um impacto disfuncional no comportamento adaptativo e no desempenho académico (Landau et al., 1998), pelo que qualquer criança/jovem com PHDA será sempre candidata ao fracasso escolar (Barkley, 1997; Costa & Rodrigues, 2011), apresentando menor envolvimento escolar, níveis de realização baixos e significativamente inferiores às suas capacidades (Rohde et al., 2004) e sendo mais vulnerável ao desânimo aprendido (isto é, a atribuição do fracasso à sua falta de capacidades), ao baixo autoconceito e à frustração (Lopes, 1996). Por sua vez, o desânimo aprendido leva a criança/jovem a um desinvestimento precoce e a uma redução do esforço perante as tarefas, de modo a evitar o fracasso e a preservar-se das respetivas consequências.

Também para DuPaul (2007) e DuPaul et al. (2004), a PHDA está frequentemente associada a défices nas competências académicas e no desempenho escolar das crianças/jovens. Nos testes de desempenho aplicados, estas apresentam resultados mais baixos comparativamente com as crianças/jovens sem PHDA. Além disso, cerca de 20% a 30% das crianças/jovens com PHDA apresentam dificuldades específicas ao nível da leitura, da matemática e/ou da escrita. Assim, estes autores referem que os sintomas de PHDA acabam por tornar-se preditores significativos de dificuldades de aprendizagem, refletidas nos resultados dos testes de desempenho aplicados e nas classificações atribuídas pelos professores, na adoção de comportamentos de risco e na criação de condições conducentes à retenção, na referenciação para a educação especial e no abandono escolar

precoce. Realmente, os estudos realizados comprovam que ingressa no ensino superior um número inferior de jovens com PHDA, comparativamente com os jovens sem PHDA.

Efetivamente, as crianças/jovens com PHDA do tipo desatento, devido à especificidade das suas caraterísticas, apresentam um comportamento particularmente passivo, nomeadamente quando as atividades propostas para a sala de aula são pouco atrativas (como, por exemplo, ouvir a exposição teórica dos conteúdos feita pelo professor e ler em silêncio). Por seu lado, as crianças/jovens do tipo hiperativo-impulsivo apresentam, muitas vezes, comportamentos de indisciplina dentro e fora da sala de aula, incluindo o falar sem permissão, incomodando os colegas e interrompendo as explicações dos professores. Em casos mais extremos, desobedecem às orientações dos professores e desafiam abertamente as regras da escola (DuPaul, 2007).

Atualmente, porque a escola é um agente de socialização com grande impacto na vida das pessoas (Guimarães & Boruchovitch, 2004), as dificuldades de relacionamento interpessoal, de perceção social, de autoimagem e de integração social (Lopes, 1996) têm, em contexto escolar, grande visibilidade e acarretam graves consequências, constituindo-se como fatores de risco para o despoletar de outros problemas e perturbações na adolescência e/ou idade adulta (Landau et al., 1998). Contudo, de acordo com DeBoo and Prins (2007), os défices que as crianças/jovens com PHDA apresentam nas competências sociais divergem de acordo com o subtipo de PHDA que apresentam, evidenciados através de comportamentos diversos, dependendo da existência ou não de comorbilidades com o transtorno de conduta e os distúrbios de oposição (Wehmeier et al., 2010).

Segundo DuPaul (2007), Landau et al. (1998), Lopes (1996) e Wehmeier et al. (2010), para as crianças/jovens com PHDA, em geral, é extremamente complicado iniciar e manter relacionamentos positivos com os colegas, que acabam por considerá-las incompetentes em conversas, em situações de trabalhos de grupo, de jogos e brincadeiras.

Este facto, de acordo com DuPaul (2007), está relacionado com as caraterísticas de desatenção e de impulsividade que as crianças/jovens com PHDA apresentam. Para estes autores, a desatenção e a impulsividade, para além de condicionarem o processo de aprendizagem das crianças/jovens com PHDA, também condicionam o adequado desenvolvimento das relações interpessoais. Isto porque, por um lado, as crianças/jovens com PHDA podem não seguir de forma consistente as regras implícitas nas conversas e diálogos; elas interrompem frequentemente as conversas, não ouvem atentamente o que os outros estão a dizer e respondem de uma forma irrelevante e/ou inoportuna (DeBoo & Prins, 2007; Wehmeier et al., 2010). Por outro lado, as crianças/jovens com esta perturbação são mais propensas do que os seus colegas sem PHDA a adotarem comportamentos agressivos, tanto verbalmente como fisicamente, presumivelmente por causa das suas dificuldades ao nível do controlo da impulsividade (DuPaul, 2007). Por fim, elas frequentemente entram nos jogos, brincadeiras e trabalhos de grupo de forma abrupta, impulsiva, barulhenta e desregrada, arruinando a atividade de forma significativa e aborrecendo os pares (Wehmeier et al., 2010). Por isso, os colegas tendem a adotar comportamentos mais controladores e diretivos chegando, muitas vezes, a manifestar comportamentos de rejeição, excluindo a criança/jovem com PHDA do grupo (DeBoo & Prins, 2007; DuPaul, 2007; Landau et al., 1998; Lopes, 1996). Por seu turno, o feedback negativo dos professores torna-se também um preditor da rejeição por parte dos colegas. Ora, tudo isso é para estas crianças/jovens muito penoso porque, segundo os investigadores supracitados, a rejeição prolongada por parte dos pares leva a criança/jovem a encarar-se a si própria, às relações com os pares e ao mundo como negativos, aumentando ainda mais os seus comportamentos agressivos (de retaliação e como reação ao comportamento dos outros, que ela perceciona sempre como agressivo) e agravando socialmente a sua reputação e o seu estatuto. Neste sentido, não é de estranhar que, de

acordo com Landau et al. (1998), embora haja divergências nas percentagens atribuídas, pelo menos metade da totalidade das crianças/jovens com PHDA revelam problemas de comorbilidade com conduta agressiva. Naturalmente, estas crianças/jovens sentem-se muito mal, com autoperceção negativa e autoestima muito baixa (Wehmeier et. al, 2010), são alvo de críticas e de chacota, sentindo que são cada vez mais escassas as suas oportunidades de estabelecer relacionamentos interpessoais, ficando progressivamente mais isoladas, frustradas e excluídas (Landau et al., 1998). Deste modo, Landau et al. (1998) e Lopes (1996) referem-se à existência de um ciclo vicioso de "comportamentos sociais desajustados", "rejeição social", "autoperceção negativa", "comportamentos mais desajustados", etc. A tudo isto juntam-se o comprometimento na aprendizagem (Landau et al., 1998), os "défices de realização escolar", a "desmotivação", a "desistência precoce/desânimo aprendido" (Lopes, 1996). Este ciclo de rejeição prolongada pelos pares e de estatuto social negativo acompanha, muitas vezes, a criança/jovem pela adolescência até à idade adulta, refletindo-se em isolamento, tristeza, depressão, internamento, consumo de substâncias (Landau et al., 1998).

Segundo Wehmeier et al. (2010), as dificuldades emocionais associadas à PHDA poderão estar relacionadas com a desregulação da emoção, provocada pelo deficiente funcionamento das funções cerebrais executivas. Deste modo, as crianças/jovens com PHDA apresentam-se incapazes de inibir e moderar o seu comportamento, evidenciando, quando provocadas, reações emocionais desreguladas e extremas (raiva, hostilidade, frustração, agressão, desobediência), empatia reduzida e ausência de culpa face às transgressões.

A experiência profissional e a investigação (DeBoo & Prins, 2007; Landau et al., 1998; Wehmeier et al., 2010) indicam que a combinação das diversas dificuldades manifestadas ao nível dos relacionamentos sociais das crianças/jovens com PHDA leva a

que elas sejam menos queridas, mais frequentemente rejeitadas e tenham menos amigos do que os seus pares sem PHDA. Wehmeier et al. (2010) referem que aproximadamente 70% das crianças/jovens com PHDA não têm amigos e quando os têm falta-lhes a reciprocidade nos relacionamentos. Landau et al. (1998) relatam que estas crianças/jovens tendem a brincar com crianças/jovens muito mais novas do que elas. E, embora elas estejam a frequentar a escolaridade nas salas de aula regulares, apresentam grande risco de apresentarem dificuldades de aprendizagem (que, segundo Landau et al. (1998) também é fator de rejeição por parte dos pares) e de serem integradas na educação especial (DuPaul, 2007), como se disse anteriormente.

Como se pode perceber, inúmeras são as dificuldades demonstradas pelas crianças/jovens ao longo do percurso escolar e parecem resultar dos problemas de atenção, da impulsividade e da irrequietude da criança, que acaba por apresentar menor persistência nas tarefas escolares, desinvestindo da sua realização ou realizando-as com rapidez e imprecisão (Lopes, 1996; Maia & Verejão, s/d), sendo por isso bastante punida em contexto de sala de aula e também em casa. Tudo é agravado quando, por desconhecimento da perturbação e da respetiva "desinibição comportamental" (Lopes, 1996), muitos professores acabam por considerar a criança/jovem irresponsável, indisciplinada e preguiçosa, mesmo porque num dia ela pode revelar-se mais produtiva e no dia seguinte não executar as tarefas propostas, nem prestar atenção a nada do que o professor diz (Silva, 2003). Esta instabilidade (em que as crianças/jovens ora são brilhantes ora são um fracasso) marca o desempenho escolar das crianças/jovens com PHDA e deve-se à inconstância da atenção e à incapacidade que elas têm em manter-se quietas e caladas (Silva, 2003). Segundo Lopes (1996), as crianças/jovens, no contexto de sala de aula, falam quando não devem e/ou sobre assuntos irrelevantes mas, quando são solicitadas a intervir, apresentam um discurso menos elaborado, menos fluente e mais

frequentemente (do que as crianças/jovens normais) marcado por problemas articulatórios. O mesmo autor salienta que em tarefas que exigem planeamento e organização, as dificuldades na linguagem expressiva são ainda mais evidentes. Segundo Maia e Verejão (s/d), a desatenção, as dificuldades relacionadas com a memória de trabalho e com o controlo executivo são a causa da maioria das dificuldades de expressão oral.

Importa referir que, segundo Gottfried (1990), a motivação intrínseca académica é uma construção. Deste modo, sendo possível criar motivação mediante a atribuição de reforços (Mello, 1988), as crianças/jovens podem ser motivadas extrinsecamente para a aprendizagem, passando a realizar as tarefas escolares com o objetivo de melhorar os resultados ou para alcançar prémios e/ou elogios (Neves & Boruchovitch, 2004). A este propósito, alguns autores (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Neves & Boruchovitch, 2004) referem que os estudos realizados têm mostrado que o comportamento extrinsecamente motivado pode ser autodeterminado, tornando-se positivo para a aprendizagem. Entende-se que com uma estimulação externa ajustada, as crianças/jovens começam a sentir prazer em realizar as tarefas e realizam-nas progressivamente de forma mais eficaz. A partir daí, são menos repreendidas em contexto de sala de aula e sentem-se mais valorizadas; consequentemente, aumentam a sua autoestima (Zambom et al., 2006) e poderão começar a manifestar-se intrinsecamente motivadas.

Apesar deste conhecimento, os estudos realizados (Barkley et al., 1991 cit in Lopes, 1996) mostram que cerca de um terço das crianças com PHDA apresentam, no seu percurso escolar, retenções, suspensões, expulsões e abandonam mais cedo a escola. Por isso, os professores e a escola têm o dever de agir no sentido de proporcionar às crianças/jovens com PHDA respostas educativas adaptadas e um ambiente estruturado e adequado às suas necessidades específicas, de forma a proporcionar-lhes condições

promotoras de sucesso, evitando uma educação inadequada e geradora de baixas classificações (Parker, 1999).

De qualquer modo, a intervenção educativa com estas crianças/jovens passa, em primeiro lugar, pela aceitação da problemática, tentando não culpabilizar a própria criança/jovem nem os seus pais, e assenta muito em modificações estratégicas que são necessárias em casa e na escola, bem como nos restantes contextos em que a criança esteja inserida (Cordinhã & Boavida, 2008). Assim, pensamos que o primeiro passo deve ser o *conhecimento* da problemática por parte dos agentes educativos (Silva, 2003), bem como das limitações e disfunções que ela provoca nos seus portadores, sendo imprescindível a atuação de uma equipa multidisciplinar (Gomes & Ambrósio, 2008) para classificar o perfil de funcionalidade, analisar as necessidades educativas da criança/jovem e adequar as estruturas e as estratégias educativas às necessidades diagnosticadas (Parker, 1999). Para proceder a esta avaliação, as equipas multidisciplinares utilizam atualmente a CIF, desenvolvida pela OMS (Wehmeier, et al., 2010), como já foi referido.

A OMS desenvolveu a CIF no sentido de proporcionar a todos uma forma sistemática e abrangente (com recurso a uma linguagem comum) de descrever e de avaliar as implicações funcionais das condições de funcionalidade e de saúde dos indivíduos, independentemente da doença ou do distúrbio específico que eles apresentem (Loe & Feldman, 2007).

A partir da CIF (OMS, 2003) podemos analisar e classificar o funcionamento das crianças/jovens com PHDA na escola. Assim, no domínio das funções do corpo (OMS, 2003), a PHDA afeta várias funções dos indivíduos: a função intelectual; o controlo dos impulsos; a capacidade de focalizar e manter a atenção; a memória; o controlo das funções psicomotoras; a regulação emocional; as funções cognitivas de nível superior, incluindo a organização, a administração do tempo, o insight, a flexibilidade do pensamento, o

julgamento e a resolução de problemas e a sequencialidade de movimentos complexos (Loe & Feldman, 2007). No domínio da atividade e participação, as crianças/jovens com PHDA apresentam limitações relevantes ao nível da aprendizagem e da aplicação de conhecimentos, incluindo baixas competências de leitura, de escrita e de cálculo. De acordo com Brock and Christo (2003), as crianças/jovens com PHDA apresentam baixa consciência fonológica e muita lentidão na nomeação de letras, dígitos, cores e objetos, que conduzem a dificuldades ao nível da leitura e da escrita. Efetivamente, a reduzida velocidade de nomeação é atualmente considerada a principal responsável pela leitura deficiente evidenciada pelas crianças/jovens com PHDA (Brock & Christo, 2003). Para além destas dificuldades, as crianças/jovens com PHDA apresentam também limitações ao nível da realização de tarefas, incluindo completar tarefas simples ou múltiplas, a manipulação do próprio comportamento e a capacidade para gerir o stress e a frustração. Deste modo, estes alunos apresentam insucesso académico significativo, traduzido num pobre desempenho escolar e em notas baixas (DuPaul et al., 2004). Salientamos, por fim, as limitações ao nível da participação social: problemas sociais com os pares e com toda a comunidade escolar e civil, propensão para a reprovação, para a suspensão e/ou expulsão, apresentação de escolaridade baixa, reduzida percentagem de ingresso no ensino superior, apresentação de comportamentos disruptivos, desenvolvimento de distúrbios antissociais, entre outros (Loe & Feldman, 2007). As limitações supradescritas justificam a necessidade de estas crianças/jovens beneficiarem de intervenção no âmbito dos serviços de educação especial.

1.2.6.1. As crianças/jovens com PHDA na escola apresentam NEE

Parece claro para todos que os padrões normativos do ambiente escolar são difíceis de serem aceites e respeitados pelas crianças/jovens com PHDA, por exigirem

relacionamentos interpessoais (uma vez que se aprende na escola em interação com os outros), definição de limites e maior capacidade de atenção/concentração por parte dos alunos (Viaro, 2008). Segundo Muzzetti e De Luca-Vinhas (2011), a PHDA prejudica todas as áreas da cognição e desencadeia ou agrava qualquer dificuldade específica de aprendizagem. Estas dificuldades são causadoras de grande sofrimento, tanto às crianças/jovens que não conseguem corresponder às expectativas dos outros, como às suas famílias. Os diversos investigadores salientam que o sofrimento das crianças/jovens com PHDA está relacionado com o esforço que elas fazem para "funcionar" como as outras e, simultaneamente, com a impossibilidade de isso acontecer em virtude das "desconexões" e limitações que lhes são impostas pela sintomatologia da PHDA. Na maioria das vezes, este sofrimento é ampliado, tanto em casa como na escola, pelos rótulos e críticas destrutivas aplicadas a estas crianças/jovens, que muito as afetam na sua autoestima e na sua autoimagem, interferindo significativamente no seu bem-estar e na sua QV (Wehmeier, et al., 2010). Frustradas e tristes, estas crianças/jovens ficam muito instáveis, acabando elas próprias por se irritarem com os seus lapsos e dispersões, uma vez que eles lhes provocam, para além dos problemas de relacionamento interpessoal, grandes dificuldades de organização em todos os aspetos e contextos da sua vida. Além disso, essa desorganização acaba por fazê-las gastar muito mais tempo e empregar um grande esforço para realizar as suas tarefas diárias, provocando imenso cansaço físico e mental (Silva, 2003). Por isso, no processo de ensino-aprendizagem das crianças/jovens com PHDA é necessário fazer modificações de caráter preventivo a vários níveis (Silva, 2003) e adequações que favoreçam ou promovam o seu sucesso, minimizando os efeitos adversos da PHDA sobre si mesmas, a sua família e a sociedade (Harpin, 2005). Estas modificações podem ser realizadas ao nível do meio ambiente e da organização da sala de aula (preferencialmente com um número reduzido de alunos, sem exagerada decoração/estímulos visuais, por

exemplo), da estrutura da aula (que deve ser flexível, atrativa e dinâmica), dos instrumentos e tipos de avaliação implementados, do tipo e da quantidade de tarefas a privilegiar, do reforço e do feedback (que devem ser frequentes e atempados) e ao nível do apoio prestado e do tempo despendido com essas crianças (Viaro, 2008).

Na verdade, as crianças/jovens com PHDA funcionam melhor se o ambiente de aprendizagem for previsível, assente em rotinas facilmente compreendidas por elas, e se induzir sentimentos de conforto, de estabilidade e de segurança, isto é, se for um ambiente bem estruturado. Neste sentido, Power et al. (2009) e Tannock (2007) consideram que a intervenção dos professores na sala de aula, com crianças/jovens com PHDA, deve ter como objetivos a redução dos comportamentos problemáticos e, consequentemente, o incremento progressivo do envolvimento dos alunos nas tarefas escolares. Para isso ser possível, no entender de Tannock (2007), a escola e os professores deveriam reduzir a carga cognitiva das tarefas académicas, evitar a sobrecarga de trabalho para a memória (reduzindo a quantidade de informação que os alunos devem reter) e melhorar a função executiva. Para o conseguir, é importante praticar continuamente a instrução direta, pausar e repetir várias vezes as críticas e as instruções, utilizar organizadores do trabalho, estruturar anotações e listas de tarefas, recorrer a representações visuais e/ou manipuláveis, recorrer a mnemónicas e implementar a tutoria de pares no grupo/turma.

Apesar de já ter sido exposto, devemos relembrar que os alunos com PHDA geralmente apresentam uma variedade de dificuldades relacionadas com as aprendizagens e com o funcionamento da escola (DuPaul, 2007; Power et al., 2009). Atendendo às especificidades das crianças/jovens com PHDA, é fundamental que o processo de ensino-aprendizagem se adeqúe às suas capacidades e limitações, sempre alicerçado em atitudes favoráveis e positivas, em ambientes educativos seguros e tranquilos, e onde se preste atenção aos comportamentos adequados e se menospreze os comportamentos inadequados

e perturbadores, evitando ameaças, castigos e repreensões. Se, por um lado, é importante controlar o comportamento inadequado, por outro lado, não é menos importante estimular o reforço positivo, desenvolver a autoconfiança e a autoestima (Ramalho, Garcia-Senorán, & González, 2010).

Segundo Loe and Feldman (2007), embora a PHDA por si só não seja critério de elegibilidade para a educação especial, as crianças/jovens com esta perturbação tornam-se elegíveis se as limitações ao nível da atenção, da impulsividade e/ou da hiperatividade condicionarem negativamente o seu desempenho académico, impondo-lhes graves limitações funcionais. Contudo, os mesmos autores referem que essa elegibilidade será enquadrada no âmbito das perturbações emocionais ou das dificuldades específicas de aprendizagem e não no âmbito dos défices cognitivos. De acordo com Wagner and Blackorby (2005b), segundo relatos dos pais, 27% dos estudantes que recebem apoio dos serviços de educação especial na escola foram diagnosticados com PHDA.

Por tudo o que até agora foi referido, as crianças/jovens com diagnóstico de PHDA apresentam algumas condições específicas, que são identificadas pela avaliação compreensiva realizada por uma equipa multidisciplinar (Correia, 2004), e, por isso, enquadram-se no público-alvo do Decreto-lei n.º 3 (2008), que regulamenta a Educação Especial. Este enquadramento legal prende-se com as condições específicas apresentadas por esta população e está relacionado essencialmente com os seguintes aspetos: estas crianças/jovens manifestam alterações funcionais ao nível académico, ao nível psicossocial e ao nível comportamental; estas alterações funcionais são de caráter permanente, uma vez que a PHDA não é uma doença, mas uma perturbação do desenvolvimento e, por isso, não tem cura (Costa & Rodrigues, 2011; Rodrigues, 2008); e comprometem significativamente a atividade e a participação da criança/jovem em todas as atividades letivas, nomeadamente ao nível da comunicação e da aprendizagem (Decreto-lei n.º 3, 2008). Com

efeito, segundo Loe and Feldman (2007), estudos longitudinais têm mostrado que o baixo rendimento académico das crianças/jovens com PHDA, bem como a sua baixa escolaridade são persistentes. Também DuPaul et al. (2004) referem estudos que comprovam a influência da PHDA nos insucessos sucessivos, nas notas baixas, na repetência e no abandono escolar.

Numa escola inclusiva, todas as crianças, incluindo por isso as que têm PHDA, terão de se integrar e de participar, obrigatoriamente, em três estruturas diferentes da dinâmica escolar: o ambiente de aprendizagem, a interação professor-aluno e as múltiplas interações aluno-aluno. Partindo desta compreensão e do conhecimento das especificidades e limitações desta população específica, as crianças/jovens com PHDA precisam de ter um acompanhamento especial (Costa & Rodrigues, 2011) e, por isso, à luz do enquadramento legal, são elaborados programas educativos individuais (PEI) (Parker, 1999) adequados a cada caso específico, independentemente de apresentarem ou não comprometimento intelectual ou deficiência mental (uma vez que, segundo Antunes (2009), a PHDA não está relacionada com o quociente de inteligência (QI), e passam a beneficiar de apoio e de intervenção por parte dos serviços de educação especial.

A intervenção especializada prestada pelos docentes de educação especial deve ocorrer o mais precocemente possível, deve assentar numa atitude pedagógica diferenciada face às crianças/jovens, objetivar o desenvolvimento de competências psicossociais, bem como melhorar o seu desempenho escolar e percurso académico, contribuindo deste modo para estimular e aumentar a sua autoestima (Cordinhã & Boavida, 2008). Como profissionais de educação, consideramos necessário que seja desenvolvido um trabalho de equipa pluridisciplinar, com recurso a uma pedagogia diferenciada e adequada às necessidades, interesses e capacidades de cada criança/jovem, de forma a conseguirmos ensinar e educar todos os alunos em ambientes estruturados e inclusivos.

Importa ressaltar que, nas escolas, as crianças/jovens com PHDA beneficiam também de acompanhamento psicológico periódico, por parte dos serviços de psicologia e orientação da escola, quando ele existe. Contudo, como não é objetivo deste estudo descrever minuciosamente a intervenção eficaz e de caráter multidisciplinar realizada com estas crianças/jovens nas escolas, referimo-nos apenas à elegibilidade e à integração delas nos serviços de educação especial.

Os objetivos dos serviços de educação especial estão devidamente legislados e prendem-se com a inclusão dos alunos com NEE, ao nível educativo e social, o acesso e o sucesso educativos, a autonomia, a estabilidade emocional, a promoção da igualdade de oportunidades e a preparação dos alunos para o prosseguimento de estudos ou para a vida pós-escolar ou profissional (Ponto2, Artigo 1º, Lei n.º 21, 2008).

1.3. Envolvimento escolar: um constructo multidimencional

O envolvimento escolar é um constructo multifacetado que nos últimos tempos tem empolgado os investigadores (Fredricks, Blumenfeld, & Paris, 2004), tornando-se um "domínio de pesquisa emergente em psicologia educacional" (Moreira, Vaz, Dias, & Petracchi, 2009, p. 303) e no âmbito da educação (Veiga et al., 2009), por ser considerado um preditor do desempenho académico (Appleton, Christenson, & Furlong, 2008; Jimerson, Campos, & Greif, 2003; Furlong et al., 2003; Newman & Davies, 2005; Willms, 2003) e em estreita relação com o fenómeno do abandono escolar (Appleton et al., 2008; Furlong et al., 2003; Newman & Davies, 2005; Willms, 2003; Sinclair, Christenson, Lehr, & Anderson, 2003). Assim, a maioria dos estudos realizados sobre o envolvimento escolar visa compreender a sua relação com o desempenho académico dos alunos e com o prosseguimento dos estudos (Furlong et al., 2003; Willms, 2003), uma vez que parece ser evidente que os alunos que deixam de se envolver na escola começam gradualmente a

afastar-se e a desligar-se dela e tendem ao abandono escolar, sem conseguirem concluir os seus estudos (Appleton et al., 2008; Furlong et al., 2003; Sinclair et al., 2003). Na verdade, o envolvimento escolar apresenta-se como fator de proteção dos alunos (em relação aos riscos de insucesso, delinquência, abandono, doenças mentais) e como preditor de sucesso escolar (Furlong et al., 2003).

Apesar de o envolvimento escolar ser um constructo teórico relativamente recente (Veiga et al., 2009), muita investigação tem sido realizada no âmbito da sua conceptualização, verificando-se uma falta de consenso entre os investigadores sobre o que é e como pode ser operacionalizado e medido o envolvimento dos estudantes (Appleton et al., 2008; Jimerson et al., 2003). Da revisão de literatura realizada ressaltou uma grande diversidade de definições deste constructo e inconsistência no uso do conceito (Appleton et al., 2008; Newman & Davies, 2005), bem como a grande dificuldade que isso implica ao nível da construção dos respetivos instrumentos de medida.

Independentemente da diversidade de conceptualizações encontradas, o envolvimento escolar é apresentado como um metaconstructo (Appleton et al., 2008), suscetível de se alterar por influência de aspetos contextuais (Fredricks et al., 2004; Veiga et al., 2009), como, por exemplo, as práticas educativas dos professores (Skinner & Belmont, 1993), a relação professor-aluno e o ambiente em sala de aula (Frydenberg et al., 2005), o estatuto socioeconómico e a escolaridade dos pais (Frydenberg et al., 2005), as atitudes e comportamentos dos pares e as normas da escola (Willms, 2003), e também aspetos pessoais como o género e a idade (Frydenberg et al., 2005; Veiga et al., 2009). Deste modo, compreender o envolvimento escolar é muito relevante para os profissionais da educação. Mais. Esta relevância deve-se ao facto de, nos inúmeros estudos realizados, o envolvimento escolar aparecer associado a resultados positivos relativamente ao desempenho e ao sucesso académico, à redução do abandono escolar (Appleton et al.,

2008; Frydenberg et al., 2005; Furlong et al., 2003; Lippman & Rivers, 2008; Newman & Davies, 2005; Perry, 2008; Sinclair et al., 2003; Willms, 2003), ao incremento da motivação (Fredricks et al., 2004) e à satisfação com a vida (Lewis, 2010), parecendo assim estar ligado ao bem-estar e à saúde dos indivíduos (Willms, 2003). Assim, apesar da inconsistência conceptual, estudar o envolvimento escolar dos estudantes parece ser fundamental, tanto para os profissionais de educação, como para as famílias e os investigadores (Appleton et al., 2008).

As pesquisas realizadas pelos diversos investigadores mostraram, de forma minimamente consistente, que o envolvimento escolar é indispensável para melhorar o desempenho académico dos alunos (Furlong et al., 2003; Lippman & Rivers, 2008; Trowler, 2010; Willms, 2003), estando associado a um maior índice de rendimento escolar, a menores taxas de abandono e a superior resiliência (Furlong et al., 2003; Jimerson et al. 2003), promovendo tanto a frequência como a permanência dos alunos na escola (Appleton et al., 2008; Lippman & Rivers, 2008; Trowler, 2010; Willms, 2003) até à conclusão dos estudos que lhes permitam o ingresso no ensino superior ou no mercado de trabalho (Appleton et al., 2008). Assim, entende-se que, quando os alunos estão envolvidos, tendem a trabalhar mais para melhorar o seu desempenho e, mesmo que obtenham resultados mais baixos, não desistem da escola. Para além disso, os alunos envolvidos apresentam menos probabilidade de evidenciarem comportamentos de risco (Furlong et al., 2003; Jimerson et al. 2003). De modo contrário, quando os alunos não estão envolvidos na escola, não se sentem a ela vinculados e não valorizam o sucesso académico, acabam por apresentar maior risco de manifestarem comportamentos perturbadores na sala de aula (Appleton et al., 2008; Covell, 2010) e baixo desempenho académico e/ou insucesso (Covell, 2010; Newman & Davies, 2005), maior probabilidade de ficarem retidos, de abandonarem gradual e precocemente a escola (Appleton et al.,

2008; Newman & Davies, 2005) e de usarem o seu tempo de forma negativa, adotando comportamentos desajustados e/ou consumindo substâncias ilícitas (Jimerson et al. 2003; Lippman & Rivers, 2008; Willms, 2003).

Em termos conceptuais, o envolvimento escolar tem sido descrito como sendo a participação efetiva dos alunos nas atividades curriculares e extracurriculares (Trowler, 2010), alunos estes que se revelam dispostos a trabalhar e a aprender juntamente com os pares e numa estrutura social que aceitam e à qual sentem que pertencem; alunos que se identificam com a aprendizagem e valorizam os resultados obtidos (Lewis, 2010; Willms, 2003). Deste modo, o envolvimento escolar dos alunos contempla aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais (Furlong et al., 2003; Lewis, 2010, Veiga et al., 2009) de adaptação à escola, convertendo-se, assim, numa realidade com uma natureza multidimensional (Appleton et al., 2008; Furlong & Christenson, 2008; Furlong et al., 2003; Newman & Davies, 2005; Sinclair et al., 2003; Veiga et al., 2009), influenciada por aspetos pessoais e contextuais (Veiga et al., 2009; Newman & Davies, 2005). Esta multidimensionalidade do envolvimento escolar é outro ponto de discórdia entre os investigadores, sendo que alguns autores apontam a existência de duas dimensões e outros referem-se a três e a quatro dimensões (Appleton et al., 2008). Para além disso, de acordo com as diferentes conceções, são apresentados pelos autores distintos aspetos indicadores do envolvimento dos alunos.

Assim, os autores (Finn, 1989; Furlong et al., 2003; Marks, 2000; Newmann, Wehlage, & Lamborn, 1992; Willms, 2003 cit in Appleton et al., 2008) que apontam a existência de duas dimensões referem-se a uma dimensão comportamental e a outra emocional. A dimensão comportamental engloba a conduta, o esforço e a participação dos alunos nas atividades escolares e extracurriculares (Appleton et al., 2008; Newman & Davies, 2005; Willms, 2003); corresponde ao comportamento diário do aluno que

desempenha o seu papel, que faz o que a escola lhe exige que faça (Furlong et al., 2003). Assim, a frequência escolar diária é um dos maiores indicadores deste tipo de envolvimento e o elevado absentismo é um dos maiores indicadores de abandono; (Newman & Davies, 2005). A dimensão emocional/afetiva diz respeito ao apego e ao sentimento de pertença do aluno à escola (Furlong et al., 2003), à forma como o aluno se identifica com o ambiente escolar (Newman & Davies, 2005) e engloba a motivação, o interesse (Newman & Davies, 2005), a identificação e a aceitação dos valores da escola (Appleton et al., 2008; Furlong et al., 2003; Willms, 2003) e as atitudes positivas dos alunos para com a aprendizagem (Appleton et al., 2008; Newman & Davies, 2005; Willms, 2003), por acreditarem que a educação formal irá futuramente valorizá-los e beneficiá-los, pessoal e economicamente (Appleton et al., 2008; Willms, 2003).

Investigações mais recentes consideram a existência de três dimensões no envolvimento escolar (Furlong et al., 2003): uma dimensão comportamental, uma emocional e uma cognitiva (Appleton et al., 2008; Furlong & Christenson, 2008; Fredricks et al., 2004; Jimerson et al., 2003; Jones, 2008; Lippman & Rivers, 2008; Veiga et al., 2009). Assim, a dimensão comportamental diz respeito ao desempenho dos estudantes em tarefas académicas e de aprendizagem, à persistência e ao seu esforço, à sua efetiva participação em atividades e projetos da escola, à adoção de conduta positiva e à ausência de comportamentos disruptivos. A dimensão emocional inclui o afeto, a identificação e o sentimento de pertença em relação à escola (Furlong et al., 2003) e manifesta-se na motivação, nos relacionamentos e nos sentimentos dos alunos em relação à escola e à aprendizagem (Jones, 2010; Skinner & Belmont, 1993), aos professores e aos colegas. Por fim, a dimensão cognitiva traduz-se nas crenças, valores (Jones, 2008) e perceções dos estudantes em relação a si, à escola, aos professores e aos pares (Furlong et al., 2003). Neste domínio estão incluídas a perceção de autoeficácia, o autoconceito (que está

positivamente associado com a realização académica), as expectativas, a autorregulação, os objetivos e o investimento na aprendizagem, a vontade de ir além dos requisitos básicos, bem como de se envolver em tarefas difíceis (Appleton et al., 2008; Furlong et al., 2003; Jimerson et al., 2003; Lippman & Rivers, 2008; Trowler, 2010).

Há ainda autores que referem a existência de quatro dimensões no envolvimento escolar (Appleton et al., 2008; Furlong & Christenson, 2008; Sinclair et al., 2003). Apontam a dimensão académica, cujos indicadores são o tempo investido nas atividades, os resultados obtidos, a taxa de realização dos trabalhos de casa (TPC); a dimensão comportamental, cujos indicadores são a existência de suspensões, a participação em atividades extracurriculares, a presença e a participação ativa nas aulas. Como se pode constatar, estas são dimensões com indicadores observáveis. Contrariamente, as dimensões cognitiva e psicológica assentam em indicadores menos observáveis/mais internos e, por isso, mais sujeitos a inferência (Appleton et al., 2008; Furlong & Christenson, 2008). Os autores referem uma dimensão cognitiva, cujos indicadores são a autorregulação da performance, a autonomia cognitiva, a relevância da aprendizagem para o futuro pessoal e profissional, e uma dimensão psicológica, cujos indicadores são os sentimentos de identificação e de pertença à escola, a ligação e os relacionamentos positivos estabelecidos com os educadores e com os pares, bem como o sentimento de ser aceite e valorizado por eles (Appleton et al., 2008; Furlong & Christenson, 2008; Sinclair et al., 2003). Esta última dimensão é muito importante porque, como é sabido, a necessidade de pertença é uma motivação essencial do ser humano (Appleton et al., 2008).

De acordo com Frydenberg et al. (2005), Jimerson et al. (2003), Skinner and Belmont (1993), Veiga et al. (2009) e Willms (2003), podemos afirmar a existência, mais ou menos consensual, de alguns indicadores de envolvimento escolar, em geral: o interesse e a participação entusiasta nas atividades curriculares e extracurriculares, as metas de

aprendizagem, a valorização e a obtenção de notas altas, a quantidade de tempo gasto em casa na realização de tarefas escolares e a taxa de realização dos trabalhos de casa, o sentimento de conexão, a expectativa de sucesso e a autoeficácia para a aprendizagem, a atenção e as práticas de aprendizagem. Alguns investigadores acrescentam alguns aspetos comportamentais que consideram ser indicadores de envolvimento dos alunos: os comportamentos desajustados, os comportamentos delinquentes e a taxa de abandono escolar (Jimerson et al., 2003).

Na conceptualização tradicional de envolvimento escolar parece haver uma prioridade da dimensão comportamental, sendo que raramente são incluídos aspetos afetivos e emocionais. Contudo, e embora não seja muito consensual entre os investigadores, reconhecemos a importância que tem para os alunos a sua ligação à escola, que se relaciona com o sentimento de apego e com o grau de proximidade que os alunos têm com os professores (Eggert et al, 1994 cit in Jimerson et al., 2003). Sabemos também que os indicadores de envolvimento cognitivo e afetivo são relacionados positivamente com a motivação e com resultados positivos de aprendizagem (Furlong & Christenson, 2008). Assim, é fundamental considerar como indicadores da ligação à escola aspetos como o bem-estar que o aluno sente no contexto escolar, o sentimento de inclusão e de pertença à comunidade escolar, o apoio que encontra e a confiança que tem nos agentes educativos, o sentimento de aceitação e de valorização pelos pares, a sua participação ativa e efetiva em atividades extracurriculares, o prazer e a satisfação, a emoção e a ânsia de ir para a escola, a motivação e o seu compromisso com o processo de ensino e aprendizagem (Jimerson et al., 2003; Skinner & Belmont, 1993; Willms, 2003). Neste sentido, muitos destes aspetos parecem refletir no envolvimento escolar dos alunos dimensões afetivas/emocionais e cognitivas, para além da dimensão comportamental.

Não obstante o anteriormente referido, cumpre-nos salientar que as diferentes dimensões do envolvimento escolar se apresentam como extremamente importantes e parecem estar inter-relacionadas, recusando os autores uma visão unidimensional (Furlong et al., 2003). Efetivamente, os vários estudos confirmaram a conexão de vários indicadores de envolvimento escolar que se relacionam com as diferentes dimensões.

Enquanto profissionais de educação, consideramos muito importante conhecer a complexidade deste constructo, mesmo porque reconhecemo-nos como agentes privilegiados no que respeita à promoção do envolvimento escolar dos (nossos) alunos, à contribuição para o seu bem-estar na escola, para a melhoria dos seus resultados académicos, para a diminuição da taxa de absentismo e de abandono escolar. Para além disso, estamos conscientes, concordando com Lippman and Rivers (2008), que um bom ambiente escolar pode ser fundamental para aumentar o envolvimento dos alunos. Segundo estes autores, os níveis de envolvimento dos alunos são muito mais baixos em ambientes onde falta um adequado suporte escolar, como currículos interessantes, professores interessados e dedicados, objetivos claros e consistentes e uma comunidade escolar que enfatiza o apoio e o sentimento de pertença. Acreditamos que, e de acordo com Appleton et al. (2008) e com Sinclair et al. (2003), o sentimento de ligação/pertença dos alunos à escola interfere com a sua motivação e, consequentemente, com a sua participação nas atividades escolares. De forma similar, a sua participação nas atividades académicas acaba por reforçar a sua ligação à escola e o seu envolvimento escolar, que, por sua vez, tem um efeito positivo nos resultados académicos (Newman & Davies, 2005; Sinclair et al., 2003; Skinner & Belmont, 1993). Torna-se um processo cíclico. Dado que a motivação implica crenças e perceções de competência, que são do domínio cognitivo (Jimerson et al., 2003), parece existir uma interação entre os diversos aspetos (afetivos,

comportamentais, cognitivos e psicológicos) do envolvimento, que propicia melhores níveis de desempenho escolar e resultados académicos mais satisfatórios.

Salienta-se que em todas as escolas, independentemente das suas especificidades, há alunos envolvidos e outros que não se envolvem, que permanecem apáticos, descontentes e desanimados (Appleton et al., 2008; Skinner & Belmont, 1993), entrando num processo de afastamento que conduz ao abandono escolar (Sinclair et al., 2003). Com efeito, o abandono escolar não acontece num momento específico; ele é precedido por um conjunto de indicadores de insucesso, alienação, distanciamento e apatia em relação à escola e às respetivas atividades (Sinclair et al., 2003).

Sabe-se, contudo, que existem inúmeras maneiras de promover o envolvimento escolar dos alunos e que vários fatores o condicionam (Skinner & Belmont, 1993; Willms, 2003). A investigação e a experiência profissional têm mostrado que, em geral, os alunos envolvem-se mais na escola se sentirem o efetivo apoio dos professores, se se sentirem desafiados com tarefas exigentes e interessantes, mas estruturadas e adequadas à sua competência, se sentirem apoio no desenvolvimento da sua autonomia, se tiverem possibilidade de aprender com os seus pares e se lhes forem proporcionadas oportunidades de aprendizagem ativa (Skinner & Belmont, 1993). Todos estes aspetos criam condições passíveis de propiciar nos alunos emoções positivas, que parecem estar relacionadas com o sentimento de satisfação com a escola e, consequentemente, com o envolvimento escolar dos alunos (Lewis, Huebner, Reschly, & Valois, 2009). Contrariamente, há circunstâncias e condições que poderão conduzir a reduzido grau de envolvimento por parte dos alunos. De acordo com os investigadores supracitados, falamos, por exemplo, da presença em palestras para alunos, da vivência em ambientes inseguros, desestruturados ou injustos para a aprendizagem e da aplicação inconsistente das regras na sala de aula e na escola. Por último, referimos a existência de fatores físicos que também podem ter efeitos

negativos sobre o envolvimento escolar. Entre os mais evidentes constam a fome, a fadiga, as doenças e deficiências nutricionais, bem como o consumo de substâncias ilícitas (Lippman & Rivers, 2008). Contudo, as considerações são divergentes entre os autores, porque, como afirmam Lippman and Rivers (2008), alguns alunos podem revelar-se altamente envolvidos, mesmo em condições precárias. Por outro lado, muitas crianças que crescem em famílias pobres e/ou de risco, que apresentam problemas cognitivos e de comportamento, persistem na escola sem nunca a abandonar (Werner e Smith, 1992 cit in Willms, 2003). Verifica-se, assim, a existência de muitos alunos bem sucedidos na escola que não se apresentam envolvidos e vice-versa (Goodenow, 1993 e Voelkl, 1995 cit in Willms, 2003).

Há vasta evidência de que o contexto escolar interfere significativamente no sentimento de pertença dos alunos em relação à escola e na sua participação nas atividades curriculares e extracurriculares (Bryk e Thum, 1989; Fine, 1986; Finn e Voelkl, 1993; Johnson et al., 2001; Lee e Smith, 1993 cit in Willms, 2003; Sinclair et al., 2003). Por outro lado, é certo que os alunos que apresentam défices cognitivos ou problemas de comportamento são mais vulneráveis e, se não forem acompanhados com intervenção adequada, terão poucas condições para serem bem sucedidos na escola e/ou de virem a ter uma vida produtiva e saudável (Willms, 2002a cit in Willms, 2003). Muitas destas crianças têm caraterísticas e acumulam experiências que põem em risco o seu sucesso escolar e a sua permanência na escola (Newman & Davies, 2005); apresentam-se pouco envolvidas e pouco comprometidas com as atividades escolares e revelam dificuldades nos relacionamentos interpessoais com os pares. Tudo isto pode originar situações de risco, no que respeita à adoção de comportamentos desajustados e transtornos de conduta, bem como à baixa realização e ao abandono escolar precoce (Coie e Jacobs, 1993; Coie et al., 1993; Hawkins et al., 1988; Rumberger, 1983, 1995; Yoshikawa, 1994 cit in Willms,

2003). Habitualmente, mais tarde, estas crianças tornam-se jovens/adultos afetados ao nível da saúde e do bem-estar (Power et al., 1991; Pulkkinen & Tremblay, 1992; Rodgers, 1990 cit in Willms, 2003).

Espera-se que o presente estudo possa também contribuir para a reflexão no âmbito dos contextos académicos e impulsione todos os agentes educativos a trabalhar no sentido de fomentar o envolvimento escolar dos alunos com PHDA e, assim, promover o seu sucesso académico.

1.3.1. Fatores individuais do envolvimento escolar.

O envolvimento académico depende de aspetos individuais, como o género e o nível socioeconómico dos estudantes, a autorregulação e a perceção de autoeficácia, a motivação, as emoções positivas e o bem-estar psicológico dos estudantes. Assim, de acordo com Covell (2010), os alunos do sexo feminino apresentam níveis de envolvimento escolar, de motivação e de persistência nas tarefas mais elevados do que os alunos do sexo masculino. Além disso, os estudantes provenientes de ambientes socioeconómicos mais baixos apresentam menor envolvimento escolar e maior propensão para o abandono escolar precoce. Por outro lado, estudos realizados demonstram que as emoções positivas dos estudantes se relacionam positivamente com maiores índices de envolvimento escolar; contrariamente, as emoções negativas dos estudantes relacionam-se com níveis de envolvimento escolar e de compromisso com a aprendizagem mais reduzidos (Reschly, Huebner, Appleton, & Antaramian, 2008).

Referimos seguidamente, de forma mais detalhada, a importância da autorregulação, do bem-estar psicológico, da perceção de autoeficácia e da motivação para o envolvimento escolar dos estudantes.

1.3.1.1. Autorregulação

Atualmente, mediante as exigências e transformações sociais e culturais a que as sociedades e as escolas estão sujeitas (Freire, 2009; Sousa, 2006), importa formar alunos competentes e autónomos. Segundo Castro (2007), Freire (2009) e Frison (2007), os alunos podem e devem ser ativos e responsáveis pela sua aprendizagem, devem atuar de forma autónoma, construtiva e crítica, devem controlar as suas motivações e deve ser-lhes dada oportunidade e possibilidade para fazerem escolhas, desenvolverem a criatividade e também para utilizarem os seus conhecimentos na resolução de problemas. Assim, diversos investigadores referem que os indivíduos ativos podem regular a sua própria aprendizagem, tornando-a autónoma e autorregulada (Sousa, 2006), controlando os processos contextuais e individuais (Freire, 2009) e empenhando esforço, tempo e persistência (Sousa, 2006) nesse processo.

A autorregulação da aprendizagem é entendida como o processo ativo em que os indivíduos são responsáveis pela aprendizagem, estabelecendo objetivos relacionados com as suas expectativas, controlando o comportamento e incrementando estratégias para alcançá-los e criando condições para que a aprendizagem efetivamente aconteça (Castro, 2007; Frison, 2007). Assim, o sujeito é capaz de preparar, facilitar e regular a aprendizagem, de dar feedback a si próprio e de autorrefletir sobre a sua realização, de se concentrar e automotivar (Sousa, 2006). Deste modo, assume grande importância a atitude dos alunos perante o processo de ensino-aprendizagem (Frison, 2007). Sabe-se, ainda, que o seu interesse (intrínseco) pela aprendizagem e o esforço por eles despendido na aprendizagem estão relacionados com a sua perceção de autoeficácia (Castro, 2007), com a orientação para objetivos e com o envolvimento cognitivo (Veiga et al., 2009).

Segundo Sousa (2006), esta autorregulação é um processo cíclico e complexo, composto por processos metacognitivos (relacionados com a definição de objetivos, a

planificação e organização, o autocontrolo e a autoavaliação), processos comportamentais (o indivíduo escolhe/decide envolver-se, definição de estratégias de aprendizagem geradoras de envolvimento cognitivo na aprendizagem) e processos motivacionais (relacionado com a definição de objetivos, a perceção de autoeficácia e de competência, os autoincentivos e a persistência).

Sabemos que a autorregulação da aprendizagem não é algo natural e não depende exclusivamente da idade, nem da personalidade dos alunos (Sousa, 2006). Efetivamente, ela pode ser externa, quando a regulação é feita pelos professores, livros ou computadores, ou interna (autorregulação) quando é feita pelo próprio aluno (Sousa, 2006). Consequentemente, é possível promover o desempenho académico dos alunos, estimulando as variáveis motivacionais envolvidas no comportamento autorregulado (Sousa, 2006). De igual modo, e de acordo com o mesmo autor, ressalta-se a importância de, na prática pedagógica, se promover a autorregulação. Os diversos autores sugerem que os professores devem tentar criar condições para que os seus alunos construam e controlem a sua própria aprendizagem, incrementando o desenvolvimento de competências de compreensão, de reflexão, de crítica e de criatividade, adotando uma postura construtivista e estimulando nos alunos atitudes positivas face à própria aprendizagem, bem como ao prosseguimento dos estudos (Freire, 2009). De forma análoga, no processo de autorregulação da aprendizagem, assumem fundamental importância o ambiente existente na sala de aula (Castro, 2007), bem como as crenças e as atitudes dos pais (Freire, 2009). Verifica-se, a este respeito, que a autorregulação da aprendizagem recebe influências de fatores de índole social, como a ajuda dos pais, dos professores e dos pares, e fatores de índole pessoal, como as experiências diretas, as crenças de autoeficácia e o autorreforço (Castro, 2007).

Diversos autores referem que os alunos envolvem-se mais nas atividades e estão mais disponíveis para a aprendizagem e para o sucesso, quando os professores conseguem identificar os seus interesses e objetivos e quando estes experienciam na sala de aula um ambiente encorajador e emocionalmente estável (Castro, 2007). Para além disso, encontramos na literatura referências de que os alunos que têm metas e objetivos de aprendizagem se tornam mais persistentes face às dificuldades ou após uma experiência de fracasso (Veiga et al., 2009) e que os alunos que controlam e se sentem responsáveis pelos respetivos processos de aprendizagem apresentam melhores resultados escolares e maior sucesso (Freire, 2009). Por isso, o principal papel dos professores deverá ser o de ensinar os seus alunos a autorregularem-se (Freire, 2009). A literatura científica considera, assim, que o sucesso nas escolas está relacionado com a capacidade de promover, formal e informalmente, nos seus alunos a autonomia e a eficácia, ou seja, a aquisição, a utilização e o desenvolvimento de estratégias de autorregulação da aprendizagem (Castro, 2007). As escolas devem, por assim dizer, valorizar as competências dos alunos e responsabilizá-los pelos seus progressos, estabelecendo metas realistas, promovendo a compreensão e a construção de significados pessoais, fomentando o esforço e a autoavaliação (Freire, 2009).

1.3.1.2. Bem-estar psicológico

Embora já os filósofos da Grécia antiga tentassem compreender as dimensões da existência feliz (Siqueira & Padovam, 2008), os estudos relacionados com o bem-estar do indivíduo são muito recentes, uma vez que até sensivelmente aos anos 70 prevaleceram as investigações sobre a infelicidade e outros aspetos mais ligados à doença do que à saúde (Silva, 2009), enfatizando a infelicidade e o sofrimento e negligenciando o funcionamento psicológico positivo (Siqueira & Padovam, 2008). Para além disso, no passado, o bem-

estar era entendido como o não estar doente, o não apresentar qualquer forma de doença mental (Leite, Paúl, & Sequeiros, 2002).

Segundo Silva (2009) e Siqueira e Padovam (2008), apenas nas últimas três décadas se começou a investigar cientificamente os temas ligados à saúde e ao bem-estar do ser humano. Porém, estudar o bem-estar não é tarefa fácil, por se tratar de um constructo complexo em que intervêm diversos aspetos (Silva, 2009) individuais e contextuais, tornando-se subjetivo e multidimensional (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006). Não obstante, o bem-estar parece ser considerado pelos investigadores como uma das condições de saúde (García-Viniegras & Benitez, 2000) e de vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008). Para além disso, os pesquisadores estão de acordo quanto ao fato de o bem-estar psicológico estar relacionado com a felicidade, a QV e a saúde mental (Ballesteros et al., 2006). Assim, é consensual que quando um indivíduo se sente bem e feliz, torna-se mais produtivo, mais extrovertido e sociável, mais otimista, mais bem sucedido no trabalho, mais criativo e mais amado (García-Viniegras & Benitez, 2000; Silva, 2009). Então, é fácil perceber que o bem-estar psicológico e o envolvimento escolar se relacionam positivamente.

De acordo com Ballesteros et al. (2006) e com Galinha e Ribeiro (2005), o bem-estar psicológico constitui-se como objeto de estudo com Ryff, nos anos 80. O conceito de bem-estar psicológico, contrariamente ao de bem-estar subjetivo, prende-se com algo mais do que o prazer ou a felicidade (Siqueira & Padovam, 2008). Bem-estar psicológico refere-se à "busca da excelência pessoal, como motivação central da existência" (Ryff, 1989 cit in Silva, 2009, p.23) e integra seis componentes distintas: autoaceitação, autonomia, propósito de vida, domínio do ambiente, crescimento pessoal e relações positivas com os outros (Ballesteros et al., 2006; Galinha & Ribeiro, 2005; Leite et al., 2002; Silva, 2009; Ryff, 1989, 1995 cit in Blanco & Díaz, 2005; Siqueira & Padovam, 2008). Segundo estes

autores, a autoaceitação refere-se ao autoconhecimento, à atitude positiva perante si próprio e a sua vida passada, ao funcionamento integral e à maturidade do indivíduo. Assim, se o indivíduo for capaz de se autoaceitar e de aceitar os outros, apresentará um funcionamento psicológico positivo. A autonomia está relacionada com a capacidade de o indivíduo se autodeterminar e autoavaliar, ficando apto a seguir as suas próprias convicções. Para além disso, o indivíduo deve ter metas e objetivos que deem significado à vida e deve definir um rumo perante a vida. O domínio do ambiente refere-se à capacidade do indivíduo para escolher ambientes adequados ao seu funcionamento psíquico, sendo capaz de lidar com as exigências da vida diária, de participar e manipular o seu ambiente e administrar ambientes complexos. O indivíduo deve ter permanente necessidade de crescimento e aperfeiçoamento pessoais, promovendo o próprio desenvolvimento, a auto-realização e vencendo os desafios com que se depara ao longo da vida. Por fim, esclarecemos a importância de o indivíduo estabelecer relacionamentos positivos com os seres humanos, criando vínculos de afeto e de confiança, nutrindo por eles sentimentos de empatia e sendo capaz de amar, de se identificar com os outros e de manter esses relacionamentos.

Por tudo o que foi exposto, o conceito de bem-estar psicológico parece reportar-se ao "sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí miesmo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspetos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social" (García-Viniegras & Benitez, 2000, p.588). Deste modo, os autores examinam o potencial do ser humano, considerando o bem-estar como sendo a auto-realização do indivíduo (Ballesteros et al., 2006), isto é, o pleno funcionamento das potencialidades do indivíduo que lhe proporciona capacidades para enfrentar os desafios com que se depara ao longo da vida (Ballesteros et al., 2006; Siqueira & Padovam, 2008). Verifica-se, portanto, que os estudos sobre o bem-estar

psicológico centram a sua atenção no desenvolvimento pessoal do sujeito e no seu esforço para atingir os seus objetivos (Blanco & Díaz, 2005). Além disso, o bem-estar psicológico apresenta-se como um constituinte da QV, que é formada por perceções, avaliações e aspirações das pessoas (Casas, Rosich, & Alsinet, 2000), e está relacionada com a saúde mental (Ballesteros et al., 2006). Ainda segundo Ballesteros et al. (2006), o autoconceito positivo, o sentido de autonomia, o apoio social e o lócus de controlo interno são preditores de saúde mental. Vale a pena salientar também a importância de se ter fontes de apoio social consistentes, nomeadamente relacionamentos íntimos e de confiança, como, por exemplo, as relações familiares e as relações com os pares (Ballesteros et al., 2006). De acordo com Frydenberg, Esther, Freeman, and Chan (2009), estudos demonstraram existir uma relação entre o bem-estar emocional dos estudantes e a sua conexão à escola, que, por sua vez, promove a participação ativa dos estudantes nas atividades escolares, incrementa a motivação e o seu compromisso com o processo de aprendizagem (Jimerson et al, 2003). Por seu lado, Shernoff and Schmidt (2008) também salientaram a importância da dimensão emocional do envolvimento escolar, nomeadamente o prazer que os estudantes sentem em estar na escola, bem como a motivação e o interesse na aprendizagem, que acreditam ser capaz de lhes proporcionar competências úteis para o futuro. De acordo com Ballesteros et al. (2006), diversos investigadores consideram que a motivação e a resiliência se constituem como preditores de bem-estar psicológico, salientando que os indivíduos com níveis altos de motivação apresentam mais possibilidades de atingirem os seus objetivos (que deverão ser sempre realistas), comparativamente com os indivíduos que apresentam níveis mais baixos de motivação.

1.3.1.3. Autoeficácia

Apesar de muitas vezes ser confundida com autoestima e autoconceito (Castro, 2007), a autoeficácia diz respeito à autoavaliação que os indivíduos fazem das suas capacidades (Freire, 2009). Dito de outro modo, por autoeficácia entende-se os julgamentos do indivíduo acerca da sua capacidade pessoal para aprender, para realizar tarefas ou para ter sucesso em certas atividades (Castro, 2007; Furlong et al., 2003; Rodrigues & Barrera, 2007), no sentido de atingir determinados objetivos (Rodrigues & Barrera, 2007). Assim, a consciência que os indivíduos têm da sua autoeficácia (Freire, 2009) não tem a ver com as suas competências ou capacidades reais, mas com a avaliação pessoal e subjetiva que ele faz acerca do que pode fazer (Castro, 2007; Rodrigues & Barrera, 2007), isto é, acerca da sua capacidade de desempenho e da sua eficiência na execução das ações necessárias para que ele atinja os seus objetivos (Rodrigues & Barrera, 2007). De acordo com Rodrigues e Barrera (2007), esta avaliação pessoal incide sobre a inteligência do indivíduo, os seus conhecimentos e as suas habilidades.

Pelo exposto, a perceção que o indivíduo tem da sua autoeficácia parece influenciar significativamente as suas aspirações, a escolha que ele faz das metas a seguir e das tarefas a realizar, a seleção dos ambientes sociais, as suas reações afetivas, a sua motivação, a sua persistência face às dificuldades encontradas (Rodrigues & Barrera, 2007), o seu nível de desempenho e o esforço investido nas atividades, bem como a adoção de comportamentos sociais mais ou menos ajustados (Castro, 2007; Rodrigues & Barrera, 2007). Deste modo, a autoeficácia condiciona o comportamento, as emoções e o funcionamento cognitivo do indivíduo, impulsionando-o a preterir as tarefas que considera serem exigentes demais face às capacidades que perceciona em si e a investir naquelas para as quais se sente mais capaz e com expectativas mais elevadas (Castro, 2007; Rodrigues & Barrera, 2007). Assim, quanto mais fortes forem as crenças de autoeficácia dos indivíduos, maior será a sua

motivação e o seu esforço e, consequentemente, a sua performance (Rodrigues & Barrera, 2007). Contrariamente, os indivíduos que têm dúvidas e se sentem inseguros no que concerne às suas reais capacidades, não investem muito nas atividades, não persistem face às dificuldades e desistem (ibidem). Assim, segundo Castro (2007), diversos autores sugerem que, na escola, a perceção de autoeficácia positiva incrementa a aprendizagem e a responsabilidade dos alunos face ao processo de ensino-aprendizagem e aos resultados académicos. Este aspeto parece relacionar-se com o facto de os alunos que acreditam nas suas capacidades (e, por isso, se sentem competentes) apresentarem melhor aceitação face às tarefas, melhor nível de desempenho, escolherem e utilizarem diversas estratégias de aprendizagem e de resolução de problemas, investirem maior esforço e persistirem na realização das atividades por mais tempo. Acresce salientar que os indivíduos que apresentam fortes crenças na sua competência e eficácia, acreditam que têm competências necessárias para alcançar os seus objetivos ou, então, que são capazes de rapidamente as adquirirem e, assim, melhorarem o seu desempenho (Medeiros et al., 2004; Fontaine, 2005 cit in Rodrigues & Barrera, 2007).

Partindo de todas estas considerações, parece ser importante que os indivíduos tenham capacidade de autorregulação, de controlo das emoções e dos pensamentos negativos (Rodrigues & Barrera, 2007). Na verdade, como se sabe, uma perceção de autoeficácia positiva é geradora de motivação nos estudantes e cria condições para a existência de melhores resultados académicos e de aprendizagens efetivas. Contrariamente, a perceção de autoeficácia negativa (isto é, de ineficácia) destrói a motivação e diminui as hipóteses de os estudantes conseguirem bons resultados, bem como de progredirem nas aprendizagens (Castro, 2007). Assim, parece existir uma correlação entre a autoeficácia, o insucesso académico e o abandono escolar (Rodrigues & Barrera, 2007).

Conforme se pode concluir, no contexto educacional, a autoeficácia está relacionada com a motivação, com a autorregulação da aprendizagem (Freire, 2009; Rodrigues & Barrera, 2007) e com o sucesso escolar dos alunos (Castro, 2007; Rodrigues & Barrera, 2007). Os dados da investigação sugerem que os alunos que percecionam em si capacidades para realizarem as tarefas académicas com sucesso se apresentam mais (intrinsecamente) motivados e persistentes, esforçam-se mais (Castro, 2007; Freire, 2009; Rodrigues & Barrera, 2007) de acordo com as suas expectativas de execução (Freire, 2009) e revelam melhor desempenho académico, num processo de aprendizagem autorregulada (Castro, 2007). Consequentemente, estes alunos obtêm resultados escolares mais satisfatórios e, como foi anteriormente referido, este torna-se um processo cíclico (Castro, 2007), em que as experiências de sucesso originam satisfação e prazer que, por sua vez, promovem a manutenção da motivação, a valorização da aprendizagem (Freire, 2009) e reforça o otimismo, a perceção de competência e a perceção de autoeficácia (Rodrigues & Barrera, 2007). Contudo, o oposto também acontece. Os alunos que não acreditam nos seus conhecimentos e habilidades tendem a um menor empenho e experienciam o insucesso. As experiências de fracasso afetam negativamente a autoestima dos alunos e a sua perceção de autoeficácia (que fica ainda mais fraca), podendo, cumulativamente, gerar sentimentos pessimistas e depressivos (Rodrigues & Barrera, 2007).

Por tudo o que foi expresso, parece ser consensual a compreensão de que a autoeficácia interfere substancialmente nos níveis de funcionamento do indivíduo e no seu bem-estar, tornando-se assim um preditor do seu comportamento (Castro, 2007). Deste modo, podemos afirmar, com Castro (2007) e com Rodrigues e Barrera (2007), que as crenças de autoeficácia atuam sobre o modo de pensar, de sentir e de agir das pessoas.

1.3.1.4. Motivação

Já referimos noutro momento deste estudo que recentemente tem aumentado o interesse científico em torno do envolvimento escolar. Foi igualmente referida a importância que a motivação tem no processo de ensino e de aprendizagem. Cumpre-nos agora ressaltar a relação existente entre o envolvimento escolar e a motivação dos alunos para a aprendizagem, visto que ela é, muitas vezes, inferida a partir do envolvimento dos alunos em atividades de aprendizagem (Frydenberg et al., 2005). Efetivamente, nas escolas a motivação, sobretudo a motivação intrínseca, tem sido considerada um aspeto indispensável ao grau e à qualidade do envolvimento dos alunos, bem como ao grau e à qualidade do seu desempenho e da sua aprendizagem (Guimarães & Bzuneck, 2002). Além disso, o prazer e o interesse dos alunos nas atividades escolares (típicas de um comportamento intrinsecamente motivado) parecem ser preditivos de um elevado desempenho académico (Deci & Ryan, 2000).

Como não é nosso objetivo neste estudo apresentar uma revisão exaustiva das diversas abordagens feitas ao conceito de motivação, optámos por seguir a definição de Vernon (1973), citado por Todorov & Moreira (2005), que apresenta a motivação como sendo uma espécie de força interna que provoca, dirige e mantém o nosso comportamento e as nossas ações. Assim, a motivação parece ser a energia e a direção do comportamento, a razão pela qual fazemos o que fazemos (Frydenberg et al., 2005). Ela é como que uma força que está dentro do indivíduo e, por isso, é associada a um *lócus* de contolo interno (Deci & Ryan, 2000). Contudo, a motivação está também relacionada com um *lócus* de contolo externo, porque depende de situações específicas relativas ao meio em que o indivíduo se insere (Bergamini, 1997 cit in Todorov & Moreira, 2005). Deste modo, no contexto escolar, o comportamento motivado (isto é, o reflexo visível da motivação do

aluno) e o envolvimento dos alunos são sempre influenciados pelo contexto sociocultural, pelo contexto da sala de aula e pelos fatores internos, próprios do aluno.

Os dados da investigação revelam que a motivação para a aprendizagem tem sido entendida, pelos vários autores, como um constructo complexo e multidimensional (Neves & Boruchovitch, 2004). Segundo Deci and Ryan (2000), as conceções contemporâneas sobre a motivação tendem a defender que os indivíduos iniciam e persistem num determinado comportamento, enquanto acreditarem que ele os levará a atingir os seus objetivos. E a consecução dos seus objetivos é para os indivíduos como que uma necessidade psicológica básica. Segundo a teoria da autodeterminação, todas as pessoas têm necessidades essenciais relacionadas com a sensação de competência, de autonomia e de pertença (Appleton et al., 2008; Deci & Ryan, 2000).

Ausubel e os seus colaboradores consideram que "a motivação cria condições que aceleram o processo de aprendizagem ao intensificar o esforço, a atenção e a concentração do indivíduo" (Mello, 1988, p.71) sobre as tarefas que são do seu interesse. Assim, a motivação fornece aos indivíduos (essencialmente àqueles que apresentam elevadas necessidades de realização) energia para a ação, porque aumenta a sua perseverança, a persistência e o esforço que o indivíduo investe para aprender (Mello, 1988). Deste modo, a aprendizagem resulta da interação entre as estruturas cognitivas (que se prendem com a capacidade do indivíduo relacionar as informações já assimiladas com os dados que está a adquirir) e os aspetos motivacionais (como persistência, interesse, necessidade de enriquecimento do ego, de reconhecimento e de aprovação social), que, por sua vez, intensificam os impulsos cognitivos (Mello, 1988). Vários estudos apontam para o facto de a motivação ser influenciada por diversos fatores que interagem entre si: caraterísticas de personalidade, experiências pessoais e expectativas familiares e pessoais (Castro, 2007).

É consensual que uma criança/jovem motivada é aquela que se revela ativamente envolvida no processo de aprendizagem, empenhando-se de forma interessada e entusiasta, esforçando-se e persistindo em atividades desafiadoras, recorrendo a estratégias adequadas para desenvolver novas capacidades e orgulhando-se dos resultados obtidos com o seu envolvimento (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Guimarães & Bzuneck, 2002; Skinner & Belmont, 1993). Assim, o comportamento motivado para as tarefas letivas influencia os resultados escolares dos alunos (Dias, 2009), que aprendem mais, permanecem mais tempo na escola, têm autoperceção positiva e dão continuidade aos estudos (Skinner & Belmont, 1993). Com efeito, quando uma criança/jovem não está ou não é motivada para as atividades letivas, entra facilmente num ciclo vicioso: a falta de motivação provoca comportamentos indisciplinados e estes provocam baixo rendimento escolar que, por sua vez, se repercute em comportamentos ainda mais desadequados (Dias, 2009).

A conceptualização do constructo de motivação faz-nos vislumbrar uma distinção entre motivação intrínseca e motivação extrínseca. A motivação intrínseca afigura-se como "o fenómeno que melhor representa o potencial positivo da natureza humana" (Guimarães & Boruchovitch, 2004, p. 143) e é considerada a base para o crescimento, para a integridade psicológica e para a coesão social (Deci & Ryan, 2000). Assim, a motivação intrínseca apresenta-se-nos como uma tendência natural dos indivíduos para procurarem livremente novos conhecimentos e novos desafios, no sentido de se valorizarem e desenvolverem as suas capacidades (Deci & Ryan, 2000; Guimarães & Boruchovitch, 2004; Guimarães & Bzuneck, 2002; Neves & Boruchovitch, 2004), atendendo às instruções dadas, empenhando-se para organizar os novos conhecimentos e os integrar nos conhecimentos anteriores, bem como tentando aplicá-los a novas situações e contextos (Guimarães, Bzuneck, & Sanches, 2002). Os mesmos autores ressaltam que a motivação intrínseca implica o envolvimento dos indivíduos em atividades que percecionam como

interessantes, atrativas e/ou geradoras de satisfação e promotoras de desenvolvimento, demonstrando curiosidade e persistência. Assim, trata-se de um envolvimento espontâneo e autónomo, movido por puro interesse na atividade, sem necessidade de recompensas (Guimarães et al., 2002), uma vez que a atividade se constitui como fim em si mesma. Esta perspetiva contrasta com a conceção tradicional de Skinner, que defendia que os comportamentos são sempre motivados, não intrinsecamente, mas por reforços (Deci & Ryan, 2000). Assim, para que os indivíduos se sintam intrinsecamente motivados, terão que se sentir competentes, autodeterminados e vinculados (Deci, 1975 cit in Deci & Ryan, 2000; Guimarães & Bzuneck, 2002), terão que se sentir naturalmente livres para seguir os seus interesses interiores (Deci & Ryan, 2000).

Na literatura podemos encontrar evidências consistentes de que, na escola, a motivação intrínseca facilita o desempenho dos alunos e as aprendizagens (Guimarães et al., 2002). Além disso, a aprendizagem sustentada pela motivação intrínseca parece ser muito mais duradoura (Jerome Bruner cit in Sprinthall & Sprinthall, 2000), uma vez que, face a "novas situações de aprendizagem, o aluno intrinsecamente motivado demonstra maior retenção dos conteúdos aprendidos" (Guimarães et al., 2002, p12). A este respeito, Mello (1988) refere que são as motivações intrínsecas que levam os alunos a mover todos os seus esforços para fazerem novas aprendizagens (e assim obterem sucesso). Acresce recordar que o sucesso desencadeia mais sucesso e vice-versa. A obtenção de sucesso na realização das tarefas escolares e na aprendizagem proporciona aos alunos um sentimento de eficácia e, simultaneamente, origina expectativas positivas de desempenho, promovendo ainda maior motivação (Guimarães et al., 2002). Efetivamente, depois de vivenciar experiências em que foi bem sucedido, o indivíduo manifesta necessidade de ser ainda melhor, elevando os seus níveis de aspiração e de motivação. Contrariamente,

experiências de insucesso desencadeiam desapontamento, frustração e baixos níveis de aspiração (Mello, 1988).

Segundo Deci and Ryan " various studies confirmed that intrinsic motivation is associated with better learning, performance, and well-being" (2000, p. 233), por isso os investigadores continuam a estudar os aspetos que poderão promover e os que poderão prejudicar e/ou anular a motivação intrínseca (Deci & Ryan, 2000). Habitualmente, ela é inferida a partir da observação de certos comportamentos como a curiosidade e a vontade de aprender, a persistência e o tempo investido na realização das atividades (mesmo as mais complexas), a autoperceção da eficácia, entre outros (Guimarães & Bzuneck, 2002). Podemos, então, concluir que, no contexto escolar, a motivação intrínseca é um aspeto indispensável aos processos de aprendizagem (Guimarães & Bzuneck, 2002), pelo que é necessário estar consciente dos aspetos que a fomentam ou a prejudicam. Assim, vários estudos realizados revelaram que a presença de recompensas, a inexistência de feedback e/ou a existência de feedback negativo prejudicam a motivação intrínseca, porque o indivíduo perceciona-se como incompetente e fica frustrado (Deci & Ryan, 2000). Contrariamente, segundo os mesmos autores, quando o indivíduo se sente livre, competente e/ou obtém feedback positivo, tende a aumentar a motivação intrínseca. Assim, parece ficar claro que, embora a motivação intrínseca seja autodeterminada, o contexto escolar e as práticas pedagógicas condicionam a regulação motivacional dos alunos (Guimarães & Bzuneck, 2002), interferindo na forma como eles se envolvem nas atividades. Partilhando desta ideia, Skinner and Belmont (1993) salientam a importância da interação estabelecida entre os professores e os alunos, bem como do resultado motivacional que advém do facto dos professores atenderem ou ignorarem as necessidades psicológicas dos alunos.

Por oposição à motivação autodeterminada, a motivação extrínseca refere-se à "motivação para trabalhar em resposta a algo externo à tarefa" (Guimarães & Bzuneck, 2002, p. 2); é o tipo de motivação que assenta em recompensas externas, materiais ou sociais, em tentativas de evitar punições e que responde a solicitações ou pressões de outros (Guimarães et al., 2002). Assim, os alunos extrinsecamente motivados realizam as tarefas escolares apenas com o objetivo de subir as notas ou para ter recompensas, traduzidas em prémios e/ou elogios (Neves & Boruchovitch, 2004) e não porque sentem prazer nisso e/ou se interessam em aumentar o seu conhecimento (como é próprio dos alunos intrinsecamente motivados). Neste sentido, as tarefas escolares tornam-se, para o indivíduo, apenas um meio para atingir um fim exterior (Guimarães & Bzuneck, 2002). No trabalho diário com os alunos, importa reconhecer que este tipo de motivação origina comportamentos pouco persistentes porque, sempre que as recompensas são retiradas, deixa de haver motivação e esforço (Guimarães & Bzuneck, 2002). Consequentemente, este tipo de motivação parece ser menos valorizado.

Na motivação externa, o papel das recompensas e o das punições é bastante diferente. Mello (1988) refere que as recompensas salientam os aspetos positivos da aprendizagem, pois promovem o reconhecimento daquilo que é bem sucedido. Por isso, elas fornecem incentivos para a ação, aumentam a autoconfiança dos indivíduos e focalizam os esforços de forma orientada e seletiva. As punições salientam os aspetos negativos da aprendizagem, pondo em evidência os comportamentos considerados indesejáveis, resultando, muitas vezes, em insucesso escolar, em repreensões e castigos e/ou em rejeição social. Segundo a mesma fonte, importa salvaguardar que as punições só serão variáveis motivacionais positivas na aprendizagem se assumirem uma função formativa, isto é, se forem utilizadas como forma de antecipar e/ou prevenir as consequências dos comportamentos indesejados. Contrariamente, se as punições forem

utilizadas de forma excessiva poderão desencadear nos alunos altos níveis de tensão e ansiedade, autoconceitos negativos e alguns bloqueios emocionais (Mello, 1988).

Apesar de a motivação intrínseca ser habitualmente mais valorizada, não se pode descurar a importância da motivação extrínseca para a aprendizagem (Mello, 1988). A escola precisa que os seus alunos aprendam e interiorizem regras e valores, que lhes são impostos (Appleton et al., 2008), e os educadores atuam de acordo com essa necessidade. Assim, a motivação extrínseca pode ser, por vezes, necessária para obrigar os alunos a envolverem-se no processo de ensino-aprendizagem e/ou a iniciar uma determinada atividade (Sprinthall & Sprinthall, 2000). Este tipo de motivação funciona nestas situações como primeiro impulso para a ação. Depois de iniciado, este processo passa a funcionar autonomamente e passa a ser sustentado por motivos intrínsecos (ibidem). Aliás, um dos importantes papéis dos profissionais de educação é o de desenvolver a autonomia dos alunos, criando oportunidades para que eles se sintam autodeterminados, quando executam tarefas extrinsecamente motivadas (Appleton et al., 2008).

Os estudos mais recentes têm contribuído para uma maior compreensão da motivação extrínseca e salientam que ela pode evoluir num *continuum* de autodeterminação (Guimarães et al., 2002); isto é, sugerem a existência de "um *continuum* de autonomia com diferentes níveis de regulação" (Guimarães & Bzuneck, 2002, p.2). Assim, num dos extremos estará a regulação externa -ligada à motivação extrínseca- e no extremo oposto -ligada à motivação intrínseca- estará a regulação integrada (Guimarães et al., 2002). No espaço intermédio, estarão os diferentes níveis de regulação que sofrem influência do contexto escolar e das práticas/estratégias pedagógicas (Guimarães & Bzuneck, 2002), como foi anteriormente referido. Atendendo a esta visão mais atual, de acordo com Appleton et al. (2008), Deci and Ryan (2000) e Guimarães e Bzuneck (2002), os comportamentos extrinsecamente motivados também podem ser autodeterminados,

tornando-se positivos para a aprendizagem. Os estudos realizados sobre a motivação intrínseca e as formas de autorregulação da motivação extrínseca representam, assim, alternativas promissoras para promover o envolvimento dos estudantes na escola (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Guimarães et al., 2002). Por fim, vale a pena salientar que é de fundamental importância identificar as orientações motivacionais dos alunos para, em contexto escolar, se poder dirigi-las para a aprendizagem, estimulando a criatividade e o pensamento próprio, a flexibilidade cognitiva, o gosto e a aceitação de desafios, num ambiente onde as avaliações não são o que mais importa (Guimarães et al., 2002).

1.3.2. Fatores contextuais do envolvimento escolar.

A escola é um contexto formal/institucional e também um excelente contexto sócio-relacional (Veiga et al., 2009), onde os alunos têm oportunidades de desenvolvimento pessoal e social. Neste contexto ecológico, os alunos precisam de ter razões para se sentirem entusiasmados e para se envolverem (Newman & Davies, 2005). E, se por um lado, há aspetos pessoais que afetam o envolvimento escolar dos alunos, é também verdade que há diversos aspetos contextuais que podem influenciar o envolvimento dos alunos na escola (Fredricks et al., 2004; Newman & Davies, 2005; Sinclair et al., 2003). Atendendo à capacidade de cada um para prestar apoio aos alunos no seu processo de aprendizagem, falamos de três principais fatores contextuais: a escola, a família e os pares (Furlong & Christenson, 2008; Sinclair et al., 2003). Assim, as interações que as crianças/jovens estabelecem na escola (com os professores e com os pares) e em casa, com a família (essencialmente com os pais), condicionam significativamente o seu desempenho académico (Woolley, Kol, & Bowen, 2008) e influenciam a sua resiliência (Nettles, Mucherah, & Jones, 2000). Deste modo, o envolvimento não é considerado um atributo dos alunos, mas um estado para o qual

contribuem alguns facilitadores, isto é, fatores contextuais que influenciam a intensidade da conexão dos estudantes com a escola (Furlong & Christenson, 2008).

Willms (2003), referindo-se ao estudo realizado pela Organisation For Economic Co-Operation And Development (OCDE) no âmbito do Programme for International Student Assessment (PISA), que envolveu escolas de vários países, salienta que o grau de envolvimento dos alunos difere entre os vários países e de acordo com alguns fatores contextuais. Segundo o autor, os resultados do estudo mostram que os alunos que frequentam escolas em ambientes socioeconómicos baixos e/ou sejam provenientes de famílias com baixo estatuto socioeconómico têm maior tendência para apresentarem maior índice de descontentamento e menor sentimento de pertença à escola. Consequentemente, estes estudantes (cujo estatuto familiar é baixo e que frequentam escolas com um nível socioeconómico baixo) apresentam maior risco de evidenciarem mau desempenho na escola. Para além disso, Willms (2003) refere que os resultados do mesmo estudo sugerem que os alunos que frequentam escolas com nível socioeconómico médio-alto, cujo ambiente seja estruturado e onde haja rigor disciplinar, onde os alunos tenham expectativas altas em relação ao seu sucesso e em que exista uma boa relação pedagógica entre os professores e os alunos, apresentam maior envolvimento escolar.

1.3.2.1. A relação com os pais

O apoio académico e motivacional (Sinclair et al., 2003) de pais afectuosos, que têm expectativas altas em relação à vida escolar e à aprendizagem dos filhos, que participam nas suas atividades curriculares e extracurriculares (Nettles et al., 2000) são importantes fatores de sucesso académico das crianças/jovens (Murray, 2009; Wagner & Blackorby, 2005b). Em estudos realizados por diversos investigadores ficou demonstrado que o envolvimento dos pais na vida escolar dos filhos se relaciona positivamente com

notas mais altas, maior taxa de realização de trabalhos de casa, comportamento mais positivo e ajustado (Wagner & Blackorby, 2005b), bem como com a aquisição de competências académicas (Murray, 2009). Assim, vale a pena reforçar a relevância da participação dos pais na vida escolar dos seus filhos (Newman & Davies, 2005; Sinclair et al., 2003; Veiga et al., 2009). Especialmente no caso dos alunos com deficiência, os pais devem apoiar os seus educandos e contribuir para a eliminação das barreiras que se impõem ao seu desenvolvimento e à sua aprendizagem (Sinclair et al., 2003).

Os dados da investigação demonstram que os alunos apresentam um melhor desempenho na escola e uma maior satisfação com a mesma quando sentem que os seus pais os monitorizam, revelando-se ativamente envolvidos na sua vida escolar e na sua educação (Woolley et al., 2008). Um importante aspeto representativo do envolvimento dos pais na vida escolar dos filhos é o estabelecimento de uma relação de parceria, de colaboração e de confiança com os professores do educando (Power et al., 2009). Deste modo, de acordo com os investigadores, os pais e os professores podem articular esforços e envolver-se na resolução de problemas relacionados com o comportamento e o desempenho escolar dos alunos, sendo o resultado benéfico para todos.

A qualidade dos relacionamentos estabelecidos entre pais e filhos parece ser responsável pelo aumento do envolvimento escolar dos filhos, bem como pela aquisição de competências académicas e comportamentais (Murray, 2009). Assim, a qualidade das relações existentes entre pais e filhos no contexto familiar permite que as crianças tenham um desenvolvimento harmonioso e saudável, desenvolvam competências comportamentais, equilíbrio emocional, autonomia, sentimentos de segurança, de confiança e de autoeficácia, que se refletirão posteriormente na escola (Murray, 2009). Assim, a existência de relacionamentos positivos com os pais parece ser positivamente

associada a altos níveis de envolvimento psicológico e comportamental dos estudantes (Perdue et al., 2009).

1.3.2.2. A relação com a escola

A relação que os estudantes estabelecem com a escola prende-se com aspetos ligados ao ambiente escolar (Furlong et al., 2003; Sinclair et al., 2003), ao comportamento dos professores (Newman & Davies, 2005), à forma como eles ensinam (Fredricks et al., 2004; Sinclair et al., 2003) e comunicam com os seus alunos (Veiga et al., 2009), às políticas e programas educativos, bem como ao conjunto de apoios que são oferecidos aos alunos (Sinclair et al., 2003). Assim, todos os elementos/aspetos da comunidade educativa podem contribuir para o desenvolvimento de práticas que promovam o envolvimento escolar dos alunos, incrementando os diversos domínios do envolvimento: crenças, valores, sentimentos, motivações, comportamentos e habilidades, construindo assim uma "cultura do envolvimento" (Jones, 2008), capaz de evitar o abandono escolar (Brewster & Bowen, 2004). Segundo Furlong et al. (2003), é importante que os estudantes percecionem a sala de aula como um ambiente positivo onde existe respeito mútuo entre os pares, orientação e apoio por parte dos professores e conteúdos interessantes para aprenderem de uma forma cooperativa. Power et al. (2009) também consideram que quando há um relacionamento positivo entre os professores e os alunos, fica criado um contexto no qual os alunos têm mais probabilidade de se envolverem nas atividades escolares, de seguirem as regras estabelecidas e de se relacionarem eficazmente com seus pares. Este contexto é de suma importância para promover nos alunos um sentimento de prazer, associado à presença nas aulas, o gosto pela escola e a orientação para a tarefa (Furlong et al., 2003). Mais. Segundo estes autores, as salas de aulas em que seja praticado um ensino/aprendizagem cooperativo tornam-se promotoras de envolvimento académico dos

alunos. Para além destes aspetos, Jones (2008) considera que o envolvimento dos alunos depende igualmente das atividades que são propostas para a sala de aula. As atividades deverão ser desafiadoras, atraentes e mentalmente estimulantes. Para além disso, é importante que os professores prestem atenção às condições físicas da sala e façam as alterações que considerem necessárias para anular eventuais obstáculos ao envolvimento e à aprendizagem dos alunos (Jones, 2008).

Importa acrescentar que, de acordo com Furlong and Christenson (2008), o carinho, o apoio e a ajuda oferecidos pelos professores na resolução de problemas pessoais dos alunos contribuem para a criação de um ambiente de afeto e de confiança entre eles, que promove a motivação dos alunos e a aprendizagem. Acresce ressaltar que essa relação, de apoio e de confiança entre professores e alunos, contribui significativamente para o aumento da competência social dos alunos, para a diminuição dos comportamentos perturbadores e para que a sala de aula se torne um ambiente positivo para a aprendizagem (Furlong et al., 2003).

Assim, a relação de proximidade e de confiança entre professores e alunos (Furlong et al., 2003; Murray, 2009), a construção de uma programação explícita (Furlong & Christenson 2008), a implementação da aprendizagem cooperativa (Furlong et al., 2003), bem como o apoio que os professores disponibilizam aos alunos convertem-se em importantes fatores de envolvimento escolar, afetivo, comportamental (Brewster & Bowen, 2004) e académico (Furlong & Christenson 2008). Deste modo, não é difícil compreender que, na sua maioria, os alunos não se esforcem e não deem o seu melhor nas aulas, quando sentem que os seus professores não se interessam por eles e/ou não se preocupam com seu futuro (Jones, 2008). Inversamente, os alunos intensificam os seus esforços e o seu envolvimento nas atividades da sala de aula, quando percebem que os seus professores se interessam por eles enquanto pessoas, quando os professores os conhecem e

os chamam pelo nome e quando conversam com eles, não só na sala de aula mas, também, durante outras atividades, fora da sala de aula e em momentos de recreio (Furlong & Christenson 2008). Para além disso, as expectativas dos professores em relação ao desempenho escolar dos alunos também condicionam o envolvimento destes na escola (Furlong et al., 2003). Por exemplo, as expectativas dos professores em relação ao desempenho escolar dos alunos com deficiência (em geral) tendem a ser mais baixas do que as que eles têm em relação aos restantes alunos, sem deficiência (Newman & Davies, 2005). Ora, este facto pode condicionar o empenho e o envolvimento dos alunos com deficiência. Face ao exposto, os professores deverão privilegiar estratégias sistemáticas que incrementem a motivação dos alunos e facilitem o seu envolvimento escolar. Assim, os alunos poderão desenvolver habilidades comportamentais e hábitos que os levem a maior rendimento escolar e a maior envolvimento com a sua vida escolar (Jones, 2008).

Por fim, salienta-se o papel das escolas e dos respetivos regulamentos/regimentos disciplinares. De acordo com Furlong et al. (2003), um ambiente escolar estruturado e com expectativas para o comportamento dos alunos promove o envolvimento escolar dos mesmos. Contudo, a implementação de regras disciplinares extremamente rígidas e intolerantes é percecionada pelos alunos como algo negativo e desencadeia sentimentos de insatisfação, de injustiça e de incompreensão. Quando os estudantes vivenciam situações percecionadas como rígidas e/ou injustas e experienciam os sentimentos descritos, tendem a desligar-se da escola e a abandonar os estudos. Deste modo, regras duras, rígidas e arbitrárias estão negativamente associadas à participação dos alunos nas atividades extracurriculares e ao envolvimento escolar e positivamente associadas à evasão escolar.

1.3.2.3. A relação com os pares

Outro aspeto que parece afetar o envolvimento escolar dos estudantes prende-se com as atitudes, as interações e o grau de proximidade existente entre eles e os seus pares (Newman & Davies, 2005; Sinclair et al., 2003; Veiga et al., 2009), bem como as expectativas dos pares e o conjunto de redes sociais e relacionais estabelecidas entre eles (Sinclair et al., 2003). Contudo, segundo Furlong and Christenson (2008), os investigadores têm estudado mais o papel dos professores e o dos pais do que o dos pares, nos processos de motivação e de envolvimento escolar dos alunos. Sabemos, no entanto, que o grupo de pares exerce uma grande influência nas realizações, nas crenças e nos comportamentos dos alunos (Furlong & Christenson, 2008). Os resultados de algumas investigações realizadas demonstram que a qualidade das relações estabelecidas com os pares, a competência social (Furlong et al., 2003), a aceitação e o apoio dos amigos influenciam a motivação dos estudantes e relacionam-se positivamente com o sucesso académico e com o envolvimento escolar (Furlong et al., 2003; Perdue, Manzeske, & Estell, 2009). Num estudo realizado por Perdue (2009) é demonstrado que o apoio dos colegas e amigos se relaciona positivamente com o envolvimento escolar dos estudantes, sobretudo no que concerne ao envolvimento afetivo. Segundo os diversos autores, a aceitação pelos pares parece proporcionar uma sensação de bem-estar psicológico aos alunos e, indiretamente, impulsionar o seu nível de interesse, de motivação e de empenho na escola (Furlong et al., 2003). Segundo Furlong et al. (2003), existe efetivamente uma associação entre a aceitação pelos pares, a busca de objetivos académicos pró-sociais e a competência social. Por outro lado, também se verifica que os alunos que se relacionam e identificam com pares detentores de excelentes resultados escolares tendem a incrementar a sua motivação (Furlong et al., 2003). Pelo contrário, se os alunos não se sentem aceites e queridos pelos pares podem desenvolver sentimentos negativos de sofrimento, ansiedade,

angústia, baixa autoestima e, consequentemente, pouco interesse pela escola e baixo desempenho académico (Furlong et al., 2003).

1.4. O envolvimento escolar da criança/jovem com PHDA

De acordo com Furlong et al. (2003) e com base na revisão da bibliografia realizada, constatamos que grande parte da literatura sobre o envolvimento escolar o relaciona com o desempenho/rendimento académico dos alunos, com os comportamentos em contexto académico e/ou com as taxas de abandono escolar. Apesar de não ter sido realizada uma revisão sistemática da literatura, não foram encontrados estudos a avaliar rigorosamente o envolvimento escolar em crianças/jovens com PHDA, nem no que respeita ao envolvimento total nem no que respeita a qualquer uma das suas dimensões. Encontramos estudos que avaliam a relação entre a PHDA e desempenho/sucesso escolar, mas não o envolvimento escolar numa perspetiva multidimensional. Os escassos estudos encontrados analisam o envolvimento escolar de crianças/jovens sem deficiência e outros avaliam o envolvimento escolar de crianças/jovens com deficiência, de forma geral.

Dada a escassez de investigação que relacione o envolvimento escolar numa perspetiva multidimensional com a PHDA, esperamos com este estudo poder contribuir para aumentar o conhecimento a esse respeito.

Atendendo às dimensões do envolvimento escolar e considerando as principais caraterísticas da PHDA, julgamos pertinente salientar a respetiva influência no desempenho e no sucesso escolar das crianças/jovens com PHDA, nomeadamente porque o envolvimento escolar tem sido considerado como preditor de desempenho escolar e de sucesso académico (Newman & Davies, 2005).

Sendo a PHDA uma perturbação neurocomportamental, salientamos as ideias de Forrest, Bevans, Riley, Crespo, and Louis (2011), que consideram que as condições de

saúde em geral influenciam o funcionamento cognitivo, social e emocional dos estudantes, interferindo com as suas capacidades e com o seu envolvimento no processo de aprendizagem. Ainda de acordo com os mesmos autores, é consensual que os alunos com PHDA apresentam desempenho mais fraco do que os seus pares sem PHDA. Outros investigadores como Danckaerts et al. (2010), consideram também que a PHDA está associada a baixa realização académica e a redução de oportunidades de formação profissional. Volpe et al. (2006) entendem que a PHDA conduz necessariamente ao insucesso escolar, sendo que 80% dos estudantes com PHDA apresentam problemas relacionados com o desempenho académico.

De acordo com diversos investigadores, e como foi exposto noutro ponto deste estudo, habitualmente as crianças/jovens com PHDA apresentam, comparativamente com os seus pares sem PHDA, notas mais baixas, altas taxas de reprovação de ano, maior necessidade de atendimento pelas equipas de educação especial e abandono escolar (DuPaul et al., 2004; Junod et al., 2006; Power et al., 2009), resultando na adolescência e idade adulta em baixas médias, reduzida taxa de ingresso no ensino superior e estatuto socioeconómico baixo (Junod et al., 2006). Estudos demonstram que os alunos com PHDA apresentam, comparativamente com os pares sem PHDA, taxas mais elevadas de agitação motora e de inquietação, de alheamento das tarefas (DuPaul et al., 2004; Junod et al., 2006) e acentuadas dificuldades ao nível da atenção seletiva e da atenção sustentada (Brock & Christo, 2003). Estes comportamentos comprometem os momentos de vigilância, a realização e a memória das crianças/jovens com PHDA e interferem significativamente no seu desempenho escolar (Junod et al., 2006). Consequentemente, o envolvimento académico destas crianças fica comprometido e é, muitas vezes, necessário que a intervenção com elas incida sobre as áreas académicas deficitárias (essencialmente nas competência de leitura e de escrita), para além do controlo do comportamento (Power

et al., 2009). Abordagens recentes têm demonstrado a existência de uma relação positiva entre as atitudes/comportamentos dos alunos em sala de aula e as suas conquistas académicas (Covell, 2010; Volpe et al., 2006). De facto, sabemos que quando os alunos estão envolvidos nas atividades da sala de aula, veem elevadas as suas oportunidades de participar ativamente na aprendizagem e de adquirir habilidades e competências académicas (Junod et al., 2006). Porém, os alunos que têm PHDA são prejudicados pela sintomatologia da perturbação. Estudos realizados demonstraram que os alunos com PHDA passam mais tempo envolvidos em comportamentos desatentos e perturbadores (comparativamente com os seus pares sem PHDA), permanecendo quase três vezes mais (dos que eles) em comportamentos ausentes/fora da tarefa. Estes comportamentos interferem negativamente na capacidade de compreender e de realizar as tarefas escolares, pressagiando dificuldades de aprendizagem e conduzindo progressivamente os alunos ao insucesso académico (ibidem). Assim, parece ficar claro que as crianças/jovens que apresentam maior envolvimento académico tendem a alcançar níveis mais elevados de realização e desempenho, que favorecem o sucesso escolar. Por isso, as crianças/jovens com PHDA, que apresentam imensas dificuldades em manter o nível adequado de envolvimento académico, tendem a apresentar reduzidos níveis de participação ativa nas tarefas académicas de natureza mais passiva (ibidem). Outros estudos revelam que os alunos com deficiência em geral se envolvem muito em atividades de discussão em grupo (Newman & Davies, 2005).

Há evidências de que as crianças/jovens com PHDA manifestam excessiva distração, evidenciando fraco controlo dos impulsos e excesso de energia. Essas limitações são causadoras de limitações no domínio académico e social (Wagner & Blackorby, 2005b). De acordo com os diversos investigadores, as crianças/jovens com PHDA apresentam um desempenho académico significativamente afetado pelas evidentes

limitações nas capacidades da atenção e da concentração, que são indispensáveis para o seu envolvimento na aprendizagem e para que o processo de aprendizagem seja bem sucedido (ibidem). Assim, a capacidade de permanência nas atividades até à respetiva conclusão está positivamente associada a altos níveis de desempenho e de envolvimento escolar.

Brock and Christo (2003), referindo-se a estudos que avaliam os efeitos da PHDA na velocidade de nomeação de nomes e dígitos, concluem que a presença de défices na atenção sustentada ou na atenção seletiva condiciona a velocidade de nomeação de cores e de objetos, bem como o processamento cognitivo da informação. Consequentemente, na escola deve haver o cuidado de oferecer aos alunos com PHDA um conjunto de atividades que sejam atrativas, desafiadoras e interessantes, de forma a proporcionar-lhes uma participação ativa, incrementando o seu nível de envolvimento escolar e promovendo a melhoria do seu desempenho (Power et al., 2009). Efetivamente, as tarefas repetitivas e desinteressantes, que exigem dos alunos longos períodos de atenção, não promovem o envolvimento escolar dos discentes (Power et al., 2009), especificamente dos que têm PHDA. Esta ideia é corroborada pelos resultados de alguns estudos que avaliam o envolvimento cognitivo das crianças na visualização de histórias na televisão, que demonstraram que as limitações na atenção sustentada estão positivamente relacionadas com um baixo nível de envolvimento cognitivo (Lorch et al., 2004) e que o envolvimento cognitivo aumenta quando a atenção visual persiste por algum tempo (Lorch, Milich, Astrin, & Berthiaume, 2006). Além disso, esses estudos mostraram que as crianças/jovens com PHDA apresentam uma acentuada dificuldade em ajustar o seu envolvimento cognitivo à importância do conteúdo a apreender, apresentando tempos de reação mais lentos (do que os seus pares sem PHDA) numa diversidade de tarefas, mesmo as que

exigem menor processamento cognitivo (ibidem), comprometendo a compreensão, a memorização e a evocação da informação (Lorch et al., 2006).

Uma das grandes limitações das crianças/jovens com deficiência em geral (comparativamente com os seus pares não deficientes) prende-se com a sua disfuncionalidade ao nível dos relacionamentos interpessoais (Topolski et al., 2004; Wagner & Blackorby, 2005a). Erikson, Welander and Granlund (2007) referem que as crianças com deficiência (em geral) têm menos amigos e apresentam reduzida autonomia. Efetivamente, a capacidade de interagir com os outros de forma adequada e eficaz é de suma importância para o sucesso no contexto escolar, familiar e na comunidade civil (Wagner & Blackorby, 2005b). Contudo, como sabemos, as crianças/jovens com PHDA apresentam graves limitações ao nível das competências sociais, estando por isso em desvantagem, em relação aos seus pares sem PHDA. A este respeito, Danckaerts et al. (2010) realçam que a PHDA, para além de estar associada a baixos resultados académicos, está relacionada com dificuldades de relacionamentos no contexto familiar e no contexto escolar com os pares e, ainda, associado a maior atividade antissocial e delinquente. As crianças/jovens com PHDA não descodificam nem compreendem os sinais sociais, pelo que muito raramente são competentes nos inter-relacionamentos e na resolução de problemas sociais (Topolski et al., 2004).

De acordo com Volpe et al. (2006), os estudos realizados provaram a existência de uma relação positiva entre habilidades sociais e interpessoais, motivação para a aprendizagem, envolvimento e resultados académicos dos alunos com PHDA. Não obstante, Power et al. (2009) consideram que, na escola, os colegas e amigos, através de uma espécie de tutoria de pares, podem tornar-se mediadores eficazes das realizações académicas das crianças com PHDA, promovendo o seu desempenho escolar e propiciando o aumento do tempo de permanência nas tarefas.

Outro aspeto interessante é referido por Erikson et al. (2007), que considera que as crianças com deficiência (nas escolas de ensino regular) evidenciam um menor índice de participação e necessitam de mais apoio, do que as crianças normais, para participarem nas diversas atividades escolares.

Diversos autores consideram que também os programas académicos e os apoios de que as crianças/jovens beneficiam na escola podem interferir com o seu nível de desempenho e de envolvimento escolar (Wagner & Blackorby, 2005b). Além disso, consideram que a inclusão e a permanência das crianças/jovens com NEE nas turmas de ensino regular, juntamente com os pares sem NEE, são promotoras de um vasto conjunto de experiências, desafios e interações que impulsionam a sua integração social, o seu desempenho, o envolvimento escolar (Wagner & Blackorby, 2005b) e reduzem o absentismo (Newman, Davies, & Marder, 2003 cit in Wagner & Blackorby, 2005b).

Sabemos que os alunos que têm sentimentos positivos face à escola estão mais disponíveis do que os outros para participarem nas atividades letivas e para permanecerem na escola (Wagner & Blackorby, 2005a). Além disso, os alunos obtêm mais sucesso na escola e frequentam-na por mais tempo se estiverem motivados, sendo mais persistentes face às dificuldades, esforçando-se e empenhando-se ativamente na sua aprendizagem (ibidem). Acresce ressaltar que a autorregulação e a perceção de autoeficácia contribuem para que os alunos se mantenham persistentes nas tarefas, apesar das limitações. Porém, os alunos com PHDA apresentam, como já foi referido, comprometimento nas competências de autorregulação, na motivação (Volpe et al., 2006), bem como uma perceção de autoeficácia negativa. Estes aspetos condicionam o esforço investido, a persistência nas tarefas e o controlo dos impulsos. Também a este propósito, Volpe et al. (2006) referem que a motivação é um aspeto central na promoção do sucesso escolar, por influenciar as competências de estudo, de envolvimento e de produtividade dos alunos. Contudo, os

alunos com PHDA manifestam baixos níveis de motivação, apresentando comprometimento no desempenho académico e no envolvimento escolar.

Já anteriormente se explicitou de que forma a motivação se torna um forte componente do envolvimento escolar dos alunos. Um estudo realizado (Newman & Davies, 2005) revela que apenas cerca de 42% dos alunos com deficiência (auditiva, visual ou ortopédica) se apresentam altamente motivados para a escola. Porém, a perceção dos respetivos pais diverge; 86% dos pais dos alunos com estas deficiências consideram que os seus filhos gostam da escola, embora apenas 52% dos filhos se considerem felizes na escola (ibidem). Segundo os mesmos autores, 91% dos alunos com deficiência consideram que a escola poderá proporcionar-lhes uma vida melhor e 80% considera que a escola é o melhor lugar para aprender.

Newman and Davies (2005) referem que alunos com distúrbios emocionais ou com outros problemas de saúde são os que apresentam níveis mais baixos de envolvimento psicológico e comportamental. Os alunos com PHDA apresentam, segundo estes investigadores, níveis de envolvimento mais baixos do que os seus colegas sem PHDA.

Numa abordagem interessante, Danckaerts et al. (2010) alertam para o facto de as crianças com PHDA poderem apresentar excesso de otimismo. Segundo estes autores, as crianças com PHDA tendem a evidenciar autoestima e um autoconceito ilusórios e irreais, sobreavaliando as suas habilidades e o seu desempenho, no sentido de manter uma autoimagem positiva. Os autores supracitados referem ainda que as crianças com PHDA podem querer esconder a perturbação, acreditando que a resolvem, e mostram que também pode acontecer de as crianças se adaptarem à disfuncionalidade própria da PHDA e, por isso, a desvalorizem nas (auto)avaliações.

Segundo Wagner and Blackorby (2005b), na população em geral são evidentes as diferenças de desempenho entre pessoas do sexo masculino e pessoas do sexo feminino.

Como também já foi explicitado, a prevalência da PHDA em indivíduos do sexo masculino está provada cientificamente. Deste modo, é de esperar que os alunos com PHDA do sexo masculino apresentem um desempenho escolar distinto do apresentado pelas restantes meninos sem PHDA e pelas meninas com PHDA. Estudos revelam que os adolescentes do sexo masculino com PHDA apresentam níveis percebidos de QV inferiores aos dos restantes adolescentes, sobretudo no que respeita aos aspetos ligados aos relacionamentos interpessoais (Topolski et al., 2004), de extrema importância para a QV.

Quando há bom relacionamento entre os professores e os alunos com PHDA, fica criado um contexto no qual estes têm mais probabilidade de se envolverem nas atividades escolares, de seguirem regras e de se relacionarem eficazmente com os seus pares (Power et al., 2009). Contrariamente, quando a relação estabelecida é conflituosa, tensa e ou punitiva, haverá necessidade de implementação de estratégias para melhorar a interação e os inter-relacionamentos (Power et al., 2009).

Embora o envolvimento escolar dos alunos, enquanto constructo multidimensional, seja difícil de medir e não haja, por isso, consenso quanto à forma de o fazer, os distintos investigadores salientam diversos indicadores e consideram que na medição são avaliados aspetos como os relacionamentos interpessoais, a performance académica, o cumprimento de regras, as atitudes e o comportamento em sala de aula, bem como o grau de participação em atividades curriculares e extracurriculares (Jimerson et al., 2003). Sabemos, contudo, que na criança/jovem com PHDA todos estes aspetos (salvo as diferenças de caso para caso) se encontram afetados devido às caraterísticas específicas da PHDA, já mencionadas. Assim, consideramos que as crianças/jovens com PHDA reúnem condições para apresentarem um envolvimento escolar bem distinto (inferior) do evidenciado pelos seus pares sem PHDA.

1.5. Objetivos do estudo e hipóteses

O objetivo deste estudo foi avaliar o envolvimento escolar em crianças/jovens com PHDA. Devido à escassez de estudos que avaliem o envolvimento escolar numa perspetiva compósita das crianças/jovens com PHDA, de acordo com as *caraterísticas* das crianças/jovens com PHDA, testamos as seguintes hipóteses:

H0 - As crianças/jovens com e sem PHDA não apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível do envolvimento escolar;

H1 - As crianças/jovens com e sem PHDA apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível do envolvimento escolar.

2. Metodologia

Este é um estudo do tipo correlacional *ex post facto* prospectivo, de acordo com a tipologia de Montero e Léon (2007).

2.1. Participantes

Para efetuar este estudo foi constituída uma amostra de conveniência. Participaram no estudo duzentos e cinquenta alunos (*N*=250) que frequentam o primeiro, o segundo e o terceiro ciclos do ensino básico, em escolas públicas de ensino regular, de diversos concelhos do norte do país: Alijó, Barcelos, Braga, Guimarães, Chaves, Esposende, Porto, Viana do Castelo, Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso, Paredes, Vila Nova de Gaia e Oliveira de Azeméis. Duzentos e trinta e oito dos alunos não apresentavam PHDA (*n*=238), sendo cento e vinte e quatro (52,1%) do sexo masculino (*n*=124; M=13,72; DP=3,043) e cento e onze (46,2%) do sexo feminino (*n*=111; M=13,80; DP=2,500). Apresentam idades compreendidas entre os sete e os vinte anos, sendo a média de 13,77, com um desvio padrão de 2,781 (M=13,77; DP=2,781) (cf. Tabela 1).

Tabela 1:

Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos sem hiperatividade

	Total (*n*=238)				Masculino (*n*=124)				Feminino (*n*=111)			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	7	20	13,77	2,781	7	20	13,72	3,043	9	19	13,80	2,500

Os restantes doze alunos da nossa amostra apresentavam PHDA (*n*=12). Estes alunos com PHDA foram identificados a partir dos diagnósticos previamente realizados pelas equipas que os acompanham.

Apurámos que todos os participantes com PHDA estão a beneficiar dos serviços de intervenção no âmbito da educação especial (nas respetivas escolas) e que as suas idades estão compreendidas entre os oito e os dezassete anos, sendo a média de 13,00, com um desvio padrão de 2,796 (M=13,00; DP=2,796). Verificámos ainda que oito (66,7%) destes alunos são do sexo masculino (*n*=8; M=12,62; DP=3,292) e quatro (33,3%) são do sexo feminino (*n*=4; M=13,75; DP=1,500) (cf. Tabela 2).

Tabela 2:

Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos com hiperatividade

	Total (*n*=12)				Masculino (*n*=8)				Feminino (*n*=4)			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	8	17	13,00	2,796	8	17	12,62	3,292	12	15	13,75	1,500

Os participantes neste estudo encontram-se distribuídos por diversos anos de escolaridade (entre o segundo ano e o décimo segundo ano de escolaridade). Assim, os alunos com PHDA distribuem-se entre o terceiro e o décimo primeiro anos de escolaridade, sendo a que a maioria dos alunos do sexo masculino (37,5%) frequenta o quarto ano. Os alunos do sexo feminino distribuem-se entre o sétimo e o décimo anos de escolaridade (25% em cada um dos anos), como se pode ver na Tabela 3.

Tabela 3:

Caracterização dos participantes com PHDA em função do ano de escolaridade

Ano de Escolaridade	Masculino (*n*= 8)	%	Feminino (*n*= 4)	**%**
3º Ano de escolaridade	1	12,5	-	-
4º Ano de escolaridade	3	37,5	-	-
7º Ano de escolaridade	-	-	1	25,0
8º Ano de escolaridade	1	12,5	1	25,0
9º Ano de escolaridade	1	12,5	1	25,0
10º Ano de escolaridade	1	12,5	1	25,0
11º Ano de escolaridade	1	12,5	-	-
Total	8	100	4	100

Os alunos sem PHDA encontram-se distribuídos entre o segundo e o décimo segundo anos de escolaridade. A maioria dos alunos do sexo masculino frequenta o sexto (17,7%) e o nono (14,5%) anos de escolaridade. Os alunos do sexo feminino encontram-se maioritariamente a frequentar o sexto (16,2%), o sétimo (12,6%) e o nono (12,6%) anos de escolaridade (cf. Tabela 4).

Tabela 4:

Caracterização dos participantes sem PHDA em função do ano de escolaridade

Ano de Escolaridade	Masculino (*n*= 120)	%	Feminino (*n*= 100)	**%**
2º Ano de escolaridade	2	1,6	-	-
3º Ano de escolaridade	4	3,2	2	1,8
4º Ano de escolaridade	12	9,7	6	5,4
5º Ano de escolaridade	6	4,8	9	8,1
6º Ano de escolaridade	22	17,7	18	16,2
7º Ano de escolaridade	9	7,3	14	12,6
8º Ano de escolaridade	13	10,5	9	8,1
9º Ano de escolaridade	18	14,5	14	12,6
10º Ano de escolaridade	7	5,6	10	9,0
11º Ano de escolaridade	15	12,1	12	10,8
12º Ano de escolaridade	12	9,7	6	5,4
Total	120	96,8	100	90,1
Não responderam	4	3,2	14	9,9

2.2. Instrumentos

Para avaliar o envolvimento escolar foi utilizada a versão portuguesa do Student Engagement Instrument (SEI; Appleton & Christenson, 2004). Esta escala avalia duas dimensões do envolvimento escolar, envolvimento cognitivo e envolvimento psicológico, e é constituída por trinta e cinco itens com resposta tipo Likert, que varia entre 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente).

A escala de Envolvimento Escolar Cognitivo avalia componentes mais internos do Envolvimento Escolar, como a autorregulação, relevância do trabalho escolar para o futuro, objetivos pessoais e autonomia. É constituída pelas subescalas Controle e relevância do trabalho escolar (e.g. "A maioria do que é importante saber aprende-se na escola"), Futuras aspirações e objetivos (e.g. "É importante ir para a faculdade depois do ensino secundário"; "Planeio continuar com a minha educação a seguir ao ensino secundário") e Motivação intrínseca (e.g. de item de pontuação inversa "Eu aprendo mas apenas se o professor me der uma recompensa").

A escala de Envolvimento Escolar Psicológico avalia os sentimentos de pertença, identificação e relação com os pares e professores, sendo constituído pelas subescalas Relação entre professor e aluno (e.g. "Os meus professores estão disponíveis para mim quando preciso deles"), Suporte familiar para a aprendizagem (e.g. "A minha família-pais está presente para mim quando preciso deles") e Apoio dos pares para a aprendizagem (e.g. "Os outros alunos aqui gostam de mim da forma como eu sou").

Nos estudos de adaptação deste instrumento para o contexto português, foram encontradas caraterísticas psicométricas adequadas com um alpha total de 0.84, variando entre 0.64 na subescala Aspirações futuras e objetivos e 0.79 na subescala Relação entre professores e aluno (Moreira et al. 2009).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados.

Uma vez que este estudo se reporta ao envolvimento escolar das crianças/jovens com PHDA, consideramos imprescindível proceder à recolha dos dados em diversos contextos escolares.

A recolha de dados teve início através de um primeiro contacto com cada um dos diversos Agrupamentos de escolas de Alijó, Barcelos, Braga, Guimarães, Chaves, Esposende, Porto, Viana do Castelo, Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso, Paredes, Vila Nova de Gaia e Oliveira de Azeméis no sentido de apresentar o estudo ao(à) respetivo(a) Diretor(a) e entregar um pedido formal de colaboração no mesmo, bem como autorização para proceder à recolha dos dados.

Após a aprovação pelo(a) Diretor(a), foram seleccionados os alunos que preenchiam os requisitos necessários para a aplicação do instrumento de pesquisa. Selecionámos alunos a frequentarem os vários ciclos de ensino: do primeiro ciclo ao secundário, com idades compreendidas entre os sete e os vinte anos.

Em cada uma das escolas foram selecionados alunos sem PHDA e alunos com diagnóstico de PHDA.

Numa fase seguinte, voltamos às escolas para reunir com os pais/encarregados de educação dos alunos selecionados, para lhes dar conhecimento do estudo e solicitar autorização para os seus educandos colaborarem no mesmo. Foi-lhes entregue, então, um documento (Termo de Consentimento Informado), destinado a obter o consentimento informado e a garantir o sigilo dos dados recolhidos.

Numa quarta fase, passamos por cada uma das escolas para entregar o instrumento para avaliação do envolvimento escolar, para preenchimento individual pelos alunos. Todos os alunos foram informados que eram livres de aceitar ou não participar no estudo e que a informação por eles fornecida seria utilizada somente no âmbito da investigação. A administração do instrumento ocorreu em contexto de sala de aula, com a nossa monitorização.

2.3.2. Procedimentos de análise de dados.

Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science* for Windows, versão 18).

Uma vez que não estavam cumpridos os critérios para o uso de testes paramétricos, usou-se o teste de *Mann-Witney,* com o objetivo de testar a existência de diferenças de médias entre alunos com hiperatividade e alunos sem hiperatividade.

3. Resultados

O objetivo deste estudo foi avaliar o envolvimento escolar em crianças/jovens com PHDA. Os resultados demonstram que não há diferenças estatísticas significativas entre alunos com PHDA e os alunos sem PHDA, ao nível do envolvimento escolar total e ao nível das suas dimensões.

Os resultados demonstram algumas variações na média (M) e desvio padrão (DP), ao nível do envolvimento total e das diversas dimensões do envolvimento escolar, em alunos com hiperatividade e sem hiperatividade.

Embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas, em termos descritivos podemos referir que os alunos com PHDA apresentam uma média de 112,1744 e um desvio padrão de 11,08183 (n=12; M=112,1744; DP=11,08183). Os alunos sem PHDA apresentam um envolvimento total com uma média de 114,8039 e um desvio padrão de 11,99724 (n=238; M=114,8039; DP=11,99724). Ao nível do envolvimento cognitivo, os alunos com PHDA apresentam uma média de 50,9756 e um desvio padrão de 5,80218 (n=12; M=50,9756; DP=5,80218). Os alunos sem PHDA apresentam uma média de 53,1019 e um desvio padrão de 5,70154 (n=238; M=53,1019; DP=5,70154). Ao nível da motivação intrínseca, os alunos com PHDA apresentam uma média de 5,6667 e um desvio padrão de 1,77525 (n=12; M=5,6667; DP=1,77525). Os alunos sem PHDA

apresentam motivação intrínseca com uma média de 6,5377 e um desvio padrão de 1,53863 (*n*=238; M=6,5377; DP=1,53863). Os alunos com PHDA apresentam um CRWS com uma média de 28,6667 e um desvio padrão de 2,87096 (*n*=12; M=28,6667; DP=2,87096). Os alunos sem PHDA apresentam um CRWS com uma média de 29,0849 e um desvio padrão de 3,77364 (*n*=238; M=29,0849; DP=3,77364). Os alunos com PHDA apresentam FAG com uma média de 16,6423 e um desvio padrão de 2,16419 (*n*=12; M=16,6423; DP=2,16419). Os alunos sem PHDA apresentam FAG com uma média de 17,4793 e um desvio padrão de 2,09708 (*n*=238; M=17,4793; DP=2,09708). Ao nível do envolvimento psicológico, os alunos com PHDA apresentam uma média de 61,1987 e um desvio padrão de 5,98157 (*n* =12; M=61,1987; DP=5,98157). Os alunos sem PHDA apresentam um envolvimento psicológico com uma média de 61,7020 e um desvio padrão de 7,10063 (*n* =238; M=61,7020; DP=7,10063). Os alunos com PHDA apresentam um FSL com uma média de 13,5833 e um desvio padrão de 1,97523 (*n*=12; M=13,5833; DP=1,97523). Os alunos sem PHDA apresentam um FSL com uma média de 14,2448 e um desvio padrão de 1,83443 (*n*=238; M=14,2448; DP=1,83443). Os alunos com PHDA apresentam uma TSR com uma média de 28,6991 e um desvio padrão de 3,61829 (*n*=12; M=28,6991; DP=3,61829). Os alunos sem PHDA apresentam uma TSR com uma média de 28,4699 e um desvio padrão de 3,80947 (*n*=238; M=28,4699; DP=3,80947). Os alunos com PHDA apresentam um PSL com uma média de 18,9163 e um desvio padrão de 3,02851 (*n*=12; M=18,9163; DP=3,02851). Os alunos sem PHDA apresentam um PSL com uma média de 18,9872 e um desvio padrão de 2,72030 (*n*=238; M=18,9872; DP=2,72030) (cfr. Tabela 5).

Tabela 5:

Média e desvio padrão das dimensões de envolvimento escolar de alunos com hiperatividade e sem hiperatividade

	Com hiperatividade			Sem hiperatividade		
	n	M	DP	*n*	M	DP
E. Total	12	112,1744	11,08183	238	114,8039	11,99724
E. Cognitivo	12	50,9756	5,80218	238	53,1019	5,70154
IM	12	5,6667	1,77525	238	6,5377	1,53863
CRWS	12	28,6667	2,87096	238	29,0849	3,77364
FAG	12	16,6423	2,16419	238	17,4793	2,09708
E. Psicológico	12	61,1987	5,98157	238	61,7020	7,10063
FSL	12	13,5833	1,97523	238	14,2448	1,83443
TSR	12	28,6991	3,61829	238	28,4699	3,80947
PSL	12	18,9163	3,02851	238	18,9872	2,72030

Nota. E. Total–Envolvimento total; E. Cognitivo–Envolvimento cognitivo; CRSW–Controlo e Relevância do Trabalho Escolar; FAG–Objectivos e Aspirações Futuras; E. Psicológico–Envolvimento psicológico; IM–Motivação Intrínseca; TSR–Relação entre Professor e Aluno; FSL–Suporte Familiar para a Aprendizagem; PSL–Apoio dos Pares para a Aprendizagem.

Como se pode ver na Tabela 6, os resultados do estudo mostram inexistência de diferenças estatísticas entre alunos com PHDA e alunos sem PHDA, ao nível do envolvimento escolar total (p=0,325), bem como ao nível das diversas dimensões do envolvimento escolar avaliadas: CE (p=0,145); IM (p=0,052); CRWS (p=0,799); FAG (p=0,153); PE (p=0,712); FSL (p=0,243); TSR (p=0,821) e, por fim, PSL (p=0,816).

Tabela 6:

Teste de Mann-Witney para diferença de médias entre alunos com hiperatividade e sem hiperatividade

	Com hiperatividade		Sem hiperatividade		U	Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks			
E. Total	105,46	1265,50	126,51	30109,50	1187.500	-,985	0,325
CE	95,83	1150,00	127,00	30225,00	1072,000	-1,458	0,145
IM	87,29	1047,50	127,43	30327,50	969,500	-1,945	0,052
CRWS	120,33	1444,00	125,76	29931,00	1366,000	-,254	0,799
FAG	96,71	1160,50	126,95	30214,50	1082,500	-1,428	0,153
P E	118,00	1416,00	125,88	29959,00	1338,000	-,369	0,712
FSL	102,21	1226,50	126,67	30148,50	1148,500	-1,168	0,243
TSR	130,08	1561,00	125,27	29814,00	1373,000	-,226	0,821
PSL	120,79	1449,50	125,74	29925,50	1371,500	-,232	0,816

Nota. (*) Valores significativos $p \leq 0.05$; E. Total–Envolvimento total; CE–Envolvimento Cognitivo; PE–Envolvimento Psicológico; CRSW–Controlo e Relevância do Trabalho Escolar; FAG–Objectivos e Aspirações Futuras; IM–Motivação Intrínseca; TSR–Relação entre Professor e Aluno; FSL–Suporte Familiar para a Aprendizagem; PSL–Apoio dos Pares para a Aprendizagem.

4. Discussão dos resultados

O objetivo deste estudo foi avaliar o envolvimento escolar em crianças/jovens com PHDA. Os resultados demonstram que não há diferenças estatísticas significativas entre alunos com PHDA e os alunos sem PHDA, ao nível do envolvimento escolar total e ao nível das suas dimensões.

Como não temos conhecimento de estudos que avaliem o envolvimento escolar numa perspetiva multidimensional em crianças/jovens com PHDA, foi atendendo às diversas dimensões do envolvimento e à caracterização/funcionamento das crianças/jovens hiperativas, sobejamente documentados na literatura, que conjeturámos acerca do envolvimento escolar. Assim, entendemos que as crianças/jovens com PHDA se iriam distinguir dos seus pares sem PHDA, ao nível do envolvimento escolar. Contudo, os resultados do presente estudo mostraram que, a este nível, não há diferenças estatisticamente significativas, entre crianças/jovens com PHDA e crianças/jovens sem PHDA.

A nossa hipótese assentou em estudos/conhecimentos de diversos investigadores, como é o caso de Danckaerts et al. (2010) e de Forrest et al. (2011), que consideram que os alunos com PHDA apresentam fraco desempenho e baixa realização académica, comparativamente com os seus pares sem PHDA, aspetos que são conducentes ao insucesso académico. Volpe et al. (2006) também partilha desta ideia, entendendo que a PHDA expõe inevitavelmente os seus portadores ao insucesso escolar. Segundo DuPaul et al. (2004), Junod et al. (2006) e Power et al. (2009), as crianças/jovens com PHDA apresentam, comparativamente com os seus pares sem PHDA, notas mais baixas, altas taxas de reprovação de ano, maior necessidade de intervenção pelos serviços de educação especial e elevadas taxas de abandono escolar. Segundo os investigadores, todos estes aspetos ficam a dever-se aos elevados níveis de agitação motora e de inquietação, de alheamento das tarefas (DuPaul et al., 2004; Junod et al., 2006) e às acentuadas dificuldades que as crianças/jovens com PHDA manifestam, ao nível da atenção seletiva e da atenção sustentada (Brock & Christo, 2003).

Partindo de tudo o que foi exposto, consideramos que o envolvimento académico das crianças/jovens com PHDA fica comprometido, sendo muitas vezes necessária

intervenção adequada em áreas académicas deficitárias, para além de ao nível do controlo comportamental (Power et al., 2009). De facto, sabemos que se os alunos estiverem envolvidos nas atividades da sala de aula, veem elevadas as suas oportunidades de participarem ativamente na aprendizagem e de adquirirem competências académicas (Junod et al., 2006). Porém, estudos realizados por Junod et al. (2006) demonstraram que os alunos com PHDA passam mais tempo envolvidos em comportamentos desatentos e perturbadores, estando mais tempo fora da tarefa, comparativamente com os seus pares sem PHDA. Assim, parece ficar claro que as crianças/jovens que apresentam maior envolvimento académico tendem a alcançar níveis mais elevados de realização e de desempenho, que favorecem o sucesso escolar. Por isso, as crianças/jovens com PHDA, que apresentam imensas dificuldades em manter o nível adequado de envolvimento académico, tendem a apresentar reduzidos níveis de participação ativa nas tarefas académicas de natureza mais passiva (ibidem). Wagner and Blackorby (2005b) também consideram que a permanência nas atividades até à respetiva conclusão está positivamente associada a altos níveis de desempenho e de envolvimento escolar. Deste modo, as tarefas repetitivas e desinteressantes, que exigem dos alunos longos períodos de atenção, não promovem o envolvimento escolar dos discentes (Power et al., 2009), nomeadamente dos que têm PHDA. Vários estudos demonstraram que as limitações na atenção sustentada estão positivamente relacionadas com um baixo nível de envolvimento cognitivo (Lorch et al., 2004) e que o envolvimento cognitivo aumenta quando a atenção visual persiste por algum tempo (Lorch et al., 2006).

Apesar de esperarmos, neste estudo, resultados consistentes com os conhecimentos supramencionados, tal não aconteceu. Ao refletir sobre os resultados obtidos, consideramos que os mesmos poderão estar relacionados com o facto de, como sabemos, tanto os programas escolares como os diversos apoios de que as crianças/jovens com

PHDA beneficiam na escola poderem influenciar o seu nível de envolvimento escolar e a performance do seu desempenho (Wagner & Blackorby, 2005b). Para além disso, o facto de a nossa população com PHDA estar inserida em turmas de ensino regular, convivendo e aprendendo com pares sem NEE, pode ter-lhe proporcionado condições promotoras de desenvolvimento de competências sociais e impulsionadoras de desempenho e de envolvimento escolar (ibidem). Relacionado com estes aspetos está o apoio que os pares podem dar às crianças/jovens com PHDA. Verificamos, neste estudo, que os valores obtidos ao nível do PSL não são estatisticamente diferentes em alunos com PHDA e em alunos sem PHDA. Isto parece ser consistente com as ideias de Power et al. (2009), que consideram que na escola os colegas e amigos, através de uma espécie de tutoria de pares, podem tornar-se mediadores eficazes das realizações académicas dos alunos com PHDA, fomentando nestes o aumento do tempo de permanência nas tarefas e promovendo o seu envolvimento escolar. Todavia, esta explicação parece inconsistente com as evidências de que uma das maiores dificuldades das crianças/jovens com PHDA é ao nível dos relacionamentos interpessoais e das competências sociais (Danckaerts et al., 2010). De acordo com estas dificuldades, dificilmente as crianças/jovens com PHDA descodificam e compreendem os sinais sociais e muito raramente são competentes nos relacionamentos e na resolução de problemas sociais (Topolski et al., 2004).

Sabemos que os alunos que têm sentimentos positivos face à escola estão mais disponíveis do que os outros para participarem nas atividades letivas e para permanecerem na escola por mais tempo (Wagner & Blackorby, 2005a). Importa acrescentar que a autorregulação e a perceção de autoeficácia contribuem para que os alunos se mantenham persistentes nas tarefas, apesar das limitações. Porém, os alunos com PHDA apresentam, como sabemos, comprometimento nas competências de autorregulação, na motivação (Volpe et al., 2006), bem como uma perceção de autoeficácia negativa. Não obstante, no

presente estudo os resultados obtidos ao nível da IM, do FAG e do CSRW parecem inconsistentes com estes conhecimentos, uma vez que em termos estatísticos não há diferenças significativas entre crianças/jovens com e sem PHDA, nas referidas dimensões. Contrariamente, os resultados obtidos nas supracitadas dimensões parecem convergir para as ideias de Sousa (2006), que refere ser possível promover o desempenho académico dos alunos, estimulando as variáveis motivacionais envolvidas no comportamento autorregulado. Por outro lado, vale a pena salientar, de acordo com Newman & Davies (2005), que 91% dos alunos com deficiência consideram que a escola poderá proporcionar-lhes uma vida melhor e 80% considera que a escola é o melhor lugar para aprender. Danckaerts et al. (2010) alertam, contudo, para o facto de as crianças/jovens com PHDA poderem apresentar excesso de otimismo e evidenciarem autoestima e autoconceito irreais, sobreavaliando as suas capacidades e o seu desempenho. Por outro lado, os investigadores ponderam que estas crianças/jovens podem ter-se adaptado à disfuncionalidade imposta pela PHDA e, por isso, já não a encararem como perturbação (Danckaerts et al., 2010).

É consensual entre os investigadores a ideia de que, geralmente, os alunos se envolvem mais na escola se tiverem efetivo apoio dos professores, se tiverem possibilidade de aprender com os seus pares e se lhes forem proporcionadas oportunidades de aprendizagem ativa (Skinner & Belmont, 1993). De forma clara, este estudo mostra que não há diferenças significativas ao nível da TSR entre alunos com PHDA e alunos sem PHDA. Deste modo, a relação entre professor/aluno pode ter funcionado como promotora de emoções positivas face à escola e, consequentemente, de envolvimento escolar.

Diversos investigadores referem que os alunos em geral apresentam melhor desempenho na escola e maior satisfação com a mesma quando sentem que os seus pais os apoiam e se envolvem ativamente na sua vida escolar (Woolley et al., 2008). Assim, a qualidade dos relacionamentos estabelecidos entre pais e filhos parece ser responsável pelo

aumento do envolvimento escolar dos filhos, bem como pela aquisição de competências académicas e comportamentais (Murray, 2009). Perdue et al. (2009) sugerem que a existência de relacionamentos positivos com os pais está positivamente associada a altos níveis de envolvimento psicológico e comportamental dos estudantes. Assim, os resultados obtidos no presente estudo, ao nível do FSL, revelam-se consistentes com as ideias supramencionadas e inconsistentes com as evidentes dificuldades de relacionamentos interpessoais e familiares experienciadas pelas crianças/jovens com PHDA.

Os resultados obtidos devem ser interpretados com precaução em virtude da reduzida dimensão do grupo experimental. Para além disso, existe entre os participantes deste estudo uma grande heterogeneidade, havendo uma grande diferença entre o número de participantes sem PHDA (n=238) e o número de participantes com PHDA (n=12). Seria importante replicar este estudo com uma amostra mais equilibrada para avaliar a consistência dos resultados.

Além disso, o facto dos participantes com PHDA estarem a usufruir de intervenção psicoterapêutica e a beneficiar (nas suas escolas) de um conjunto de apoios, nomeadamente intervenção no âmbito da educação especial, poderá ter influenciado os resultados deste estudo. Talvez fosse pertinente proceder a futuras investigações, cujos participantes ainda não estejam a ser apoiados pelos serviços de educação especial, no sentido de avaliar se os resultados se mantêm consistentes.

Por fim, vale a pena salientar que o facto de os alunos com PHDA da nossa amostra se encontrarem a fazer terapêutica medicamentosa poderá eventualmente ter interferido nos resultados. Novos estudos são recomendados para melhor compreensão desta temática.

5. Referências Bibliográficas

Alves, I. (2004). As Crianças Hiperativas Vivem Mal Acordadas. *Médico de Família* (75), 48-50. Disponível em http://www.vfbm.com/jmf/070-079/075/075-4850.pdf

Antaramian, S0. (2010). A Dual-Fator Model of Mental Health: Understanding Student Engagement and School Performance Using a Person-Centered Approach. *Theses and Dissertations.* Paper 311. Disponível em http://scholarcommons.sc.edu/etd/311

Antoniazzi, A. S., Dell"Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Antoniazzi, A. S., Souza, L. K. de & Hutz, C. S. (2009). Coping em Situações Específicas, Bem-estar Subjetivo e Autoestima em Adolescentes. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (1), 34-42.

Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos***.** *Da Hiperatividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura.* 4ª edição. Lisboa: Verso da Kapa.

Appleton, J. J., Christenson, S. L. and Furlong, M. J. (2008), Student engagement with school: Critical conceptual and methodological issues of the construct. *Psychology in the Schools*, 45, 369–386. doi: 10.1002/pits.20303

Ballesteros, B. P., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El Bienestar Psicológico Definido Por Asistentes A Un Servicio De Consulta Psicológica En Bogotá, Colombia. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia),* 5 (2), 239-25.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*,121(1), 65-94.

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl 12), 10-15.

Barkley, R. A. (2006). Driving Risks in Adults with ADHD: Yet More Evidence and a Personal Story. *The ADHD Report*, 14(5).

Bautista, R. (1993). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Biederman, J., Michael, M., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Snyder, L. E., & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36, 167–179. doi:10.1017/S0033333291705006410

Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

Bordin, I. A. S. & Offord, D. R. (2000). Transtorno da Conduta e Comportamento Antissocial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (supl II), 12-15.

Brewster, A. B. & Bowen, G. L. (2004).Teacher Support and the School Engagement of Latino Middle and High School Students at Risk of School Failure. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(1), 47-67. doi: 10.1023/B:CASW.0000012348.83939.6b

Brock, S. E. & Christo, C. (2003). Digit Naming Speed Performance Among Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The California School Psychologist*, 8, 115-125.

Bzuneck, J., & Guimarães, S. (2009). Eficácia Coletiva Dos Professores E Implicações Para O Contexto Educacional Brasileiro. *ETD - Educação Temática Digital, América do Norte,* 10 (número especial: Motivação). Disponível em http://www.fe.unicamp.br/revista/index.php/etd/article/view/2052/1857

Casas, F., Rosich, M. & Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los preadolescentes. *Anuário de Psicologia*, 31(2), 73-86.

Castro, M. A. Dos S. N de. (2007). Processos de autorregulação da aprendizagem: impacto de variáveis académicas e sociais. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho.

Cordinhã, A. C. & Boavida, J. (2008). A Criança Hiperativa: Diagnóstico, Avaliação e Intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-589. Disponível em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=771

Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 369-376.

Costa, A. A. De S. & Rodrigues, E. M. (2011). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (THDA) E Suas Implicações na Aprendizagem. *Revista Brasileira de Investigações Científicas*, 2(1), 51-61.

Costa, C., Santos, T. & Ramalho, J. (2010). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Revisão Teórica e Áreas de Intervenção*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho. Disponível em http://www.actassnip2010.com/conteudos/atas/PsiCli_13.pdf

Covell, K. (2010). School engagement and rights-respecting schools. *Cambridge Journal of Education*, 40(1), 39 - 51.

Cruz, E. C., Bertelli, R. & Bianchi, J. J. P. (2010). Perspetivas Recentes no Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista de Educação Especial*, 23(36), 11-26. Disponível em http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/viewFile/1430/826

D"Abreu, L. C. F & Marturano, E. M. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospetivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 43-51. Disponível em http://www.scielo.br/epsic

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Dopfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 83-105. doi : 10.1007/s00787-009-0046-3

DeBoo & Prins (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. Clinical Psychology Review, 27, 78-97. Retrieved from http://www:sciencedirect.com

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.

Decreto-lei 3/2008 de 7 de janeiro. (2008). Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar, ensino básico e secundário do setor público. Diário da República, 1ª série, n.º 91.

Lei n.º 21/2008 de 12 de Maio. (2008). Alteração ao Decreto-lei 3/2008 de 7 de janeiro. Diário da República, 1ª série, n.º 91.

Dias, M. J. C. R. (2009). *Comportamentos, Atitudes e Valores dos Alunos numa Sociedade Tolerante*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em http://hdl.handle.net/10284/1408

DMS-IV (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. American Psychiatric Association (APA). 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Doyle, A. E., Willcutt, E. G., Seidman, L. J., Biederman, J., Chouinard, V.-A., Silva, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Endophenotypes. Biol Psychiatry, 57, 1324–1335.

DuPaul, G. J. (2007). School-Based Interventions for Students With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current Status and Future Directions**.** *School Psychology Review*, 36 (2), 183-194.

DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Jitendra, A.K., Lutz, J. G., Lorah, K. S., & Gruber, R. (2004). Elementary school students with AD/HD: predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology*, 42, 285– 301.

Erikson, L., Welander, J., & Granlund, M. (2007). Participation in Everyday School Activities For Children With and Without Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(5), 485-502. doi: 10.1007/s10882-007-9065-5

Fernandes, E. & António, J. P. (2004). Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 451-454.

Forrest, C. B., Bevans, K. B., Riley, A. W., Crespo, R., & Louis, T. A. (2011). School Outcomes of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics - official journal of the American Academy of Pediatrics*, 128(2), 303-312, Downloaded from pediatrics.aappublications.org at Biblioteca Virtual da U. Porto on August 31, 2011.

Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C. & Paris, A. H. (2004). School Engagement: Potential of the Concept, State of the Evidence. *Review Of Educational Research*, 74 (1), 59-109. doi: 10.3102/00346543074001059

Freire, L. G. L. (2009). Autorregulação da aprendizagem. *Ciências & Cognição*, 14(2), 276-286, Disponível em http://www.cienciasecognicao.org

Frison, L. M. B. (2007). Autorregulação da aprendizagem. *Ciência e Conhecimento – Revista Eletrônica da Ulbra São Jerônimo*, 2.

Frydenberg, E., Ainley, M. & Russell, V. J. (2005). Student Motivation and Engagement. *Schooling Issues Digest*. *Department of Education, Science and Training*. Available from www.dest.gov.au/sectors/school_education/publications_resources.

Frydenberg, E., Care, E., Freeman, E., Chan, E. (2009). Interrelationships between Coping, School Connectedness.

Furlong, M. J. & Christenson, S. L. (2008). Engaging Students At School And With Learning: A Relevant Construct For *All* Students. *Psychology in the Schools,* 45(5). doi: 10.1002/pits.20302

Furlong, M. J., Whipple, A. D., Jean, G. St., Simental, J., Soliz A., & Punthuna, S. (2003). Multiple Contexts of School Engagement: Moving Toward a Unifying Framework for Educational Research and Practice. *The California School Psychologist*, 8, 99-113.

Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.

García-Viniegras, C. R. V. & Benitez, I. G. (2000). La Categoría Bienestar Psicológico. Su Relación com Otras Categorías Sociales. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 16(6), 586-92.

Gomes, A. L. & Ambrósio, A. M. (2008). Estratégias para a PHDA em Contexto Escolar. À Velocidade da Luz. *Revista Diversidades*, Ano 6(21), 29-32.

Gottfried, A. E. (1990). *Journal of Educational Psychology*, 82(3), 525-538. doi: 10.1037/0022-0663.82.3.525

Guimarães, S. É. R. & Boruchovitch, E. (2004). O Estilo Motivacional do Professor e a Motivação Intrínseca dos Estudantes: Uma Perspetiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 143-150.

Guimarães, S. É. R. & Bzuneck, J. A. (2002). Propriedades psicométricas de uma medida de avaliação da motivação intrínseca e extrínseca: um estudo exploratório. *Psico-USF*, 7(1), 01-08.

Guimarães, S. É. R., Bzuneck, J. A. & Sanches, S. F. (2002). Psicologia educacional nos cursos de licenciatura: A motivação dos estudantes. *Psicologia Escolar e Educacional,* 6(1), 11-19.

Harpin, VA. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*, 90 (Suppl I), i2-i7. doi: 10.1136/adc.2004.059006

Jimerson, S. R., Campos, E. & Greif, J. L. (2003). Toward an Understanding of Definitions and Measures of School Engagement and Related Terms. *The California School Psychologist*, Vol. 8, 7-27.

Jones, R. D. (2008). Strengthening Student Engagement. *International Center for Leadership in Education*.

Junod, R. E. V., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology,* 44, 87-104.

Kutscher, M. L. (2005). *Crianças com Síndromes Simultâneas*. Porto: Porto Editora.

Landau, S., Milich, R. & Diener, M. B. (1984). Peer Relations Of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Learning Disabilities,* 17, 560-567. doi:10.1177/002221948401700911

Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Leite, A., Paúl, Constança & Sequeiros, J. (2002). O Bem-Estar Psicológico Em Indivíduos De Risco Para Doenças Neurológicas Hereditárias De Aparecimento Tardio E Controlos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 113-118.

Lewis, A. D. (2010). The Importance of Life Satisfaction. *Theses and Dissertations.* Paper 210. Disponível em http://scholarcommons.sc.edu/etd/210

Lewis, A. D., Huebner, E. S., Reschly, A. L., & Valois, R. F. (2009). The Incremental Validity of Positive Emotions in Predicting School Functioning. *Journal of Psychoeducational*, 27(5), 397-408. doi: 10.1177/0734282908330571

Lippman, L. & Rivers, A. (2008). Assessing School Engagement: A Guide For Out-Of-School Time Program Practitioners. Disponível em http://www.childtrends.org

Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1S).

Lopes, J. A. L. (1996). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula: A Incerta Existência de um Problema de Desenvolvimento da Infância e Adolescência*. DoctoralThesis Universidade do Minho. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/174

Lorch, E. P., Eastham, D., Milich, R., Lemberger, C. C., Sanchez, R. P., Welsh, R., & Broek, P. van den. (2004). Difficulties in Comprehending Causal Relations Among Children With ADHD: The Role of Cognitive Engagement. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 56–63. doi: 10.1037/0021-843X.113.1.56

Lorch, E. P., Milich, R., Astrin, C. C., & Berthiaume, K. S. (2006). Cognitive Engagement and Story Comprehension in Typically Developing Children and Children With ADHD From Preschool Through Elementary School. *Developmental Psychology*, 42(6), 1206–1219. doi: 10.1037/0012-1649.42.6.1206

Machado, V. B. (2007). O Professor E A Inclusão Do Aluno Com Défice De Atenção E Hiperatividade. Dissertação de Doutoramento, PUC Campinas. Disponível em http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=165

Maia, C. & Verejão, Catarina (s/d). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção*. Um guia para professores.

Mancini, M. C. & Coster, W. J. (2004). Functional predictors of school participation by children with disabilities. *Occupational Therapy International,* 11(1), 12-25.

Marques, C. B. (2004). A perturbação de hiperatividade com défice de atenção é uma questão de Saúde Pública. *Médico de Família*, 77.

Martins, R. (2008). A criança Hiperativa e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. À Velocidade da Luz. *Revista Diversidades*, Ano 6(21), 19-29.

Mazzoni, H. M. de O. & Tabaquim, M. de L. M. (2010). Distúrbio de Conduta e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Uma Análise Diferencial. *Revista Psicologia*, 1(1), 63-74. Disponível em http://www.revistapsicologia.ufc.br/images/pdf/ano1edicao1/ano1edicao1005.pdf

Mello, C. (1988). *Determinantes do Comportamento e da Aprendizagem*. 1ª Edição. Lisboa: Editorial O Livro.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical na Health Psychology*, *7*(3), 847-862.

Moreira, P. A. S., Vaz, F. M., Dias, P. C., & Petracchi, P. (2009). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Student Engagement Instrument. *Canadian Journal of School Psychology*, 24 (4), 303-317. doi: 10.1177/0829573509346680

Moreira, S. C. e Barreto, M. A.M. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Conhecendo para Intervir. *Revista Práxis*, ano 1(2), 65-70. Disponível em http://www.foa.org.br/praxis/numeros/02/65.pdf

Moura, O. (2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperativas com Défice de Atenção. À Velocidade da Luz. *Revista Diversidades*, Ano 6(21), 4-9

Murray, C. (2009). Parent and Teacher Relationships as Predictors of School Engagement and Functioning Among Low-Income Urban Youth. *The Journal of Early Adolescence*, 29, 376-404. doi: 10.1177/0272431608322940

Muzzetti, C. M. G. & De Luca-Vinhas, M. C. Z. (2011). Influência do Déficit de Atenção e Hiperatividade na Aprendizagem em Escolares. *Psicol. Argum*, 29(65), 237-248.

Nettles, S. M., Mucherah, W., & Jones, D. S. (2000). Understanding Resilience: The Role of Social Resources. *Journal Of Education For Students Placed At Risk*, *5*(1&2), 47-60.

Neves, E. R. C. & Boruchovitch, E. (2004). A Motivação dos Alunos no Contexto da Progressão Continuada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 077-085.

Newman, L. & Davies, E. (2005). The School Engagement of Elementary and Middle School Students with Disabilities. Engagement, Academics, Social Adjustment, And Independence: The Achievements Of Elementary And Middle School Students With Disabilities. SEELS. U.S. Department of Education, 30-48.

Oliveira, C. G. & Albuquerque, P. B. (2009). Diversidade de Resultados no Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 093-102.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Doença*. Direcção Geral da Saúde.

Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Pastura, G. M. C., Mattos, P. & Araújo, A. P. Q. C. (2005). Desempenho Escolar e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6). 324-329.

Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.

Perdue, N. H. (2009). The relation between social support and behavioral and affective school engagement. *Indiana University.*

Perdue, N. H., Manzeske, D. P., & Estell, D. B. (2009). Early predictors of school engagement: Exploring the role of peer relationships. *Psychology in the Schools*, 46(10), 1084–1097. doi: 10.1002/pits.20446

Perry, J. C. (2008). School Engagement Among Urban Youth of Color. Criterion Pattern Effects of Vocational Exploration and Racial Identity. *Journal of Career Development*, 34 (4), 397-422. doi: 10.1177/0894845308316293

Power, T. J., Tresco, K. E. & Cassano, M. C. (2009). School-based Interventions for Students With Attention-Defi cit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 11, 407 – 414.

Ramalho, J., Garcia-Snorán, M. M. & González, S. G. (2010). Auto-Instruções: Estratégia de Regulação Atencional da THDA. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(1), 180-185. Disponível em http://www.scielo.br/prc

Reschly, A.L., Huebner, E. S., Appleton, J. J., & Antaramian, S. (2008). *Psychology in the School*, 45(5), 419–431.

Rief, S. F. & Heimburge J. A. (2000). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva*. Volume I. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. À Velocidade da Luz. *Revista Diversidades*, Ano 6(21), 9-18.

Rodrigues, L. C. & Barrera, S. D. (2007). Autoeficácia e desempenho escolar em alunos do Ensino Fundamental. *Psicologia em Pesquisa*, 1(02), 41 – 53.

Rohd, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.

Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno dr Déficit de Atenção/ Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (supl II), 7-11.

Rohde, L. A., Constantino, E., Filho, M., Benetti, L., Gallois, C., & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, (3), 124-131, ISSN 0101-6083.

Romero-Ayuso, D. M., Maestú, F., González-Marqués, J., Romo-Barrientos, C., & Andrade, J. M. (2006). *Revista de Neurología*, 42(5), 265-271.

Ryan, A. M. (2000). Peer Groups as a Context for the Socialization of Adolescents"Motivation, Engagement, and Achievement in School. *Educational Psychologist*, *35*(2), 101–111.

Santos, L. F. & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724.

Santos, T. V. dos (2008). TDAH e Escola: Dificuldade Der Inserção Social E O Papel Do Educador. Monografia, Universidade Estadual de Góias. Disponível em http://www.ueginhumas.com/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=61&id=42:tdah-e-escola-dificuldades-de-insercao-social-e-o-papel-do-educador

Shernoff, D. J. & Schmidt, J. A. (2008). Further Evidence of an Engagement–Achievement Paradox Among U.S. High School Students. J Youth Adolescence, 37, 564–580.

Shernoff, D. J., Csikszentmihalyi, M., Shneider, B., & Shernoff, E. S. (2003). Student engagement in high school classrooms from the perspetive of flow theory. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 158-176. doi: 10.1521/scpq.18.2.158.21860

Silva, A. B. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Editora Gente.

Silva, E. N. da (2009). Coping e Dimensões Afetivas do Bem-estar Subjetivo: Um Estudo com Trabalhadores da Educação. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de

Góias. Disponível em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2009-08-03T090408Z-617/Publico/Eliete%20Neves%20da%20Silva.pdf

Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 3, 503-515.

Sinclair, M. F., Christenson, S. L., Lehr, C. A., & Anderson, R. (2003). Facilitating Student Engagement: Lessons Learned from Check & Connet Longitudinal Studies. *The California School Psychologist*, 8, 29-41.

Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* 24(2), 201-209.

Skinner, E. A. & Belmont, M. J. (1993). Motivation in the classroom: Reciprocal effects of Teacher Behavior and Student Engagement Across the School Year. *Journal of Educational Psychology*, 85(4), 571-581. Disponível em http://www.mendeley.com

Sousa, P. M. L. de (2006). Aprendizagem Auto-Regulada no Contexto Escolar: Uma Abordagem Motivacional. *O Portal dos Psicólogos*. Disponível em http://www.psicologia.com.pt

Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. (2000). *Psicologia Educacional*. Lisboa: Mc Graw-Hill.

Suzuki, S., Gugelmim, M. R. G. & Soares, A. V. (2005). O Equilíbrio Estático em Crianças em Idade Escolar com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Fisioterapia em Movimento*, 18(3), 49-54. Disponível em http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=216&dd99=view

Tannock, R. (2007). The Educational Implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Disponível em http://www.edu.gov.on.ca/eng/literacynumeracy/inspire/research/Tannock.pdf

Todorov, J. C. & Moreira, M. B. (2005). O Conceito de Motivação na Psicologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VII(1), 119-132.

Topolski, T. D., Edwards, T. C., Patrick, D. L., Varley, P., Way, M. E., & Buesching, D. P. (2004). Quality of life of adolescent males with Attention-Deficit Hypaeractivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 163-173.

Trowler, V. (2010). Student engagement literature review. *The Higher Education Academy*.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2011.

Veiga, F., Almeida, A. T., Carvalho, C., janeiro, I., Nogueira, J., Melo, M., Festas, M. I., Baía, S., & Caldeira, S. (2009). Envolvimento dos alunos em escolas portuguesas: elementos de um projeto de investigação. *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia;* pp. 4272-4281. Disponível em: www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c317.pdf acesso em: 13 de outubro de 2011.

Viaro, C. D. F. (2008). A Criança com Transtorno de Atenção e Hiperatividade: O Papel da Escola e do Educador, Sua Influência e Motivação no Ensino-Aprendizagem. Disponível em http://www.crda.com.br/tccdoc/15.pdf

Volpe, R. J., Dupaul, G. J., DiPerna, J. C., Jitendra, A. K., Lutz, J. G., Tresco, K., & Junod, R. V. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Scholastic Achievement: A Model of Mediation via Academic Enablers. *School Psychology Review*, 35(1), 47–61.

Wagner, M. & Blackorby, J. (2005a). Assessing the Achievements of Students with Disabilities during Elementary and Middle School. Engagement, Academics, Social Adjustment, And Independence: The Achievements Of Elementary And Middle School Students With Disabilities. SEELS. U.S. Department of Education, 10-17.

Wagner, M. & Blackorby, J. (2005b). Factors Expected to Be Associated with the Achievements of Elementary and Middle School Students with Disabilities. Engagement, Academics, Social Adjustment, And Independence: The Achievements Of Elementary And Middle School Students With Disabilities. SEELS. U.S. Department of Education, 17-30.

Wehmeier, P. M., Schacht, A. & Barkley, A.R. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescente Health*, 46, 209-217.

Willms, J. D. (2003). *Student Engagement at School. A Sense of Belonging and Participation Results From PISA 2000*. OECD. Disponível em http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/42/35/33689437.pdf

Woolley, M. E., Kol, K. L. & Bowen, G. L. (2009). The Social Context of School Success for Latino Middle School Students Direct and Indirect Influences of Teachers, Family, and Friends. *The Journal of Early Adolescence,* 29(1), 43-70. doi: 10.1177/0272431608324478

Zambom, L. F., Oliveira, M. da S. & Wagner, M. F. (2006). A Técnica da Economia de Fichas no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *O Portal dos Psicólogos*. Disponível em http://www.psicologia.com.pt