
CAPÍTULO 2

DISTÚRPIO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO

DIMENSÕES ESSENCIAIS

O primeiro capítulo deste trabalho teve por objectivo definir e entender as tendências actuais da investigação sobre o DHDA tendo por base a evolução de conceitos e ideias relativos aos distúrbios de comportamento e de aprendizagem da infância e suas possíveis divisões e subdivisões. Consideramos esse capítulo fundamental para a compreensão da ideia-base que enforma esta tese: o actual estado de conhecimentos dos problemas de comportamento e de aprendizagem da infância e adolescência não permite diagnosticar consistentemente este quadro sindromático, muito menos tendo por critério diagnóstico fundamental a existência de um défice específico de atenção. Nos contextos escolares (que nos suscitam um particular interesse) a identificação e avaliação do DHDA enquanto "categoria" específica, afigura-se-nos ainda mais controversa, dado o facto de nesses contextos as exigências de "comportamentos orientados para a tarefa" serem sistemáticas e rigorosas,

motivando padrões comportamentais idênticos em indivíduos eventualmente distintos. Daí que a realização, com fidelidade (nas escolas), de diagnósticos diferenciais relativamente a problemas supostamente distintos do DHDA, como é o caso do Distúrbio de Oposição (DO) (DSM-III-R, APA, 1987) ou as relações equívocas do DHDA com os Problemas de Aprendizagem Escolar sejam demasiado complexas para se perceber com nitidez se estaremos perante problemas diferentes ou perante diversas facetas do mesmo problema (Goodyear & Hynd, 1992; McKinney, Montague, & Hocutt, 1993). Apenas relativamente ao Distúrbio de Conduta (DC) (a "terceira" categoria de "distúrbios exteriorizados da infância") (DSM-III-R, APA, 1987), parece haver alguma evidência da possibilidade de realização de diagnóstico diferencial minimamente fidedigno¹.

Finalmente e - particularmente importante - caso os putativos défices de atenção de crianças DHDA não se constituam como elemento fundamental de diagnóstico e de diagnóstico diferencial do distúrbio, haverá que alterar liminarmente a sua denominação, já que, em princípio, o "nome" (ou denominação) do distúrbio deve traduzir na medida do possível o que nele existe de essencial.

Neste segundo capítulo abordaremos de forma pormenorizada cada uma das "dimensões essenciais" do DHDA (Desatenção, Impulsividade e Hiperactividade), no que respeita à sua definição, caracterização. No final do capítulo procuraremos evidenciar de que forma a a investigação condu-

¹ Ainda assim - e mesmo neste caso - há que considerar que ao longo da infância o diagnóstico diferencial é complexo, sendo que uma parte das crianças diagnosticadas com DHDA evoluiu para DC.

zida nos últimos dez anos tornou imperiosa uma redefinição e reconceptualização do DHDA.

O DHDA (APA, 1987) constitui uma categoria diagnóstica aplicável a um grupo heterogêneo de crianças. É seguramente um termo transitório (que nem sequer é aceite e utilizado "universalmente") com que se procura identificar e descrever um certo número de comportamentos que tende a manifestar-se conjuntamente. Porém, numa boa parte dos estudos dedicados ao DHDA são utilizadas descrições muito vagas do distúrbio (Cantwell & Baker, 1992). Barkley (1982), numa revisão da investigação publicada nos 20 anos anteriores, verificou que a maioria dos trabalhos não fornecia sequer critérios diagnósticos, baseando-se pois os autores na sua própria opinião quanto à presença ou ausência do distúrbio.

O DSM-III, o DSM-III-R e o DSM-IV, nos Estados Unidos e o ICD-9 e ICD-10, na Europa, constituíram avanços significativos no estabelecimento do diagnóstico, uma vez que forneceram critérios precisos para a sua determinação. Contudo, existe ainda uma larga margem de controvérsia quanto à definição do distúrbio e quanto às dimensões que verdadeiramente o caracterizam e identificam.

Barkley (1990) fornece duas definições de DHDA: (1) uma que denomina "definição de consenso" e que assenta nas tendências essenciais da literatura até aos anos 90 e uma outra (2) que incorpora novos dados de investigação e constitui uma importante reconceptualização do problema. Esta última, embora iniciada na década de 80, só na década

de 90 deixou de ser considerada "herética" (Barkley, 1990) embora mantendo um carácter controverso.

De momento, concentrar-nos-emos na visão "clássica" do problema, reservando para o final desta secção a inovadora perspectiva que tem vindo a ser desenvolvida sobretudo por Russel Barkley, a qual resulta numa redefinição do distúrbio, embora sem alterações significativas em termos da descrição comportamental. Aliás, do nosso ponto de vista, o grande mérito desta "nova perspectiva" reside no seu valor explicativo e não propriamente descritivo, apresentando, em todo o caso, um valor heurístico que nos permitimos realçar.

(1) DEFINIÇÃO DE "CONSENSO"

"Attention-Deficit Hyperactivity Disorder is a developmental disorder characterized by developmentally inappropriate degrees of attention, overactivity, and impulsivity. These often arise in early childhood; are relatively chronic in nature; and are not readily accounted for on the basis of gross neurological, sensory, language, or motor impairment, mental retardation, or severe emotional disturbance. These difficulties are typically associated with deficits in rule-governed behavior and in maintaining a consistent pattern of work performance over time" (1990, p.47).¹

¹ "O Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção é um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentalmente inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade, as quais têm frequentemente o seu início na primeira infância; têm uma natureza relativamente crónica; não simplesmente explicáveis por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou distúrbios emocionais severos. Estas dificuldades aparecem tipicamente associadas a défices no

A definição de "consenso" (apesar de tudo ainda a mais referenciada) assenta em três "dimensões" ou "características" que são consideradas como traços fundamentais deste distúrbio. Assim, as crianças DHDA são normalmente descritas como apresentando dificuldades crónicas de (a) **atenção**, (b) **hiperactividade** e (c) **impulsividade** (a "santíssima trindade do distúrbio") (Barkley, 1990). Pensa-se que estas características são precoces e inapropriadas para o nível etário em que se manifestam e que são razoavelmente independentes das situações. O peso relativo de cada uma das dimensões no "total" do distúrbio tem, como dissemos atrás, variado em função das tendências da enorme quantidade de investigação de que o DHDA tem sido alvo. Começaremos por isso por fazer um ponto da situação relativamente a cada uma dessas "dimensões", para na parte final lançarmos hipóteses de investigação que se espera poderem contribuir para o esclarecimento de algumas questões que em torno deste défice se levantam.

DÉFICE DE ATENÇÃO

As crianças com DHDA exibem, por definição, níveis elevados de desatenção relativamente a outras crianças da mesma idade. Contudo, deve realçar-se que a "atenção" constitui um constructo multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com o **alerta**, a **activação**, a **seletividade**, a **manutenção da atenção**, a **distractibilidade** ou **com o nível de apreensão**, entre outros (Hale & Lewis,

comportamento orientado por regras e na manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo"

1979). A investigação sugere que os problemas de atenção se acentuam particularmente em tarefas em que se exige *vigilância ou uma manutenção prolongada da atenção* (Douglas, 1983). Embora seja reconhecido que estes problemas podem manifestar-se mesmo em actividades lúdicas, (as brincadeiras são mais curtas e as crianças mudam com frequência de brinquedos ou de actividade) parece inquestionável que se agravam aquando da realização de tarefas enfadonhas, repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção (Luk, 1985; Milich, Loney & Landau, 1982; Zentall et al., 1985).

A discussão em torno da distractibilidade das crianças DHDA está porém longe de se esgotar e já que o distúrbio se caracteriza e se denomina "*...por défice de atenção*", a clarificação desta questão revela-se absolutamente decisiva para a própria existência do distúrbio enquanto "entidade discreta" ou quadro sindromático.

Alguns autores sugerem que os estímulos exteriores à tarefa não provocam mais distractibilidade nestas crianças do que nas restantes (Campbell, Douglas, & Morgenstern, 1971; Cohen, Weiss & Minde, 1972; Steinkamp, 1980), recolhendo esta hipótese uma cada vez maior adesão dos investigadores. Já no que diz respeito aos "estímulos irrelevantes" cuja proveniência é interna à própria tarefa, a controvérsia é bastante maior. Alguns resultados apontam para diminuição do nível de realização motivado por tais estímulos (Rosenthal e Allen, 1978) enquanto outros apontam para a ausência de efeitos ou até mesmo para uma melhoria da realização (Zentall, Falkenberg & Smith, 1985). Tudo indica que a diminuição esteja sobretudo relacionada com o facto de a tarefa não possuir um valor

de atracção suficiente ou não parecer produzir recompensa visível e imediata para o sujeito (Barkley, 1990). A presença de actividades cujo poder de recompensa compete com a tarefa que o sujeito deverá realizar, parece assim constituir a principal fonte de comportamentos "fora da tarefa". Não é claro que, neste caso, possamos falar de distracção no sentido em que a definimos anteriormente (ou seja, orientação para estímulos externos), mas sim de "desinibição comportamental" (a criança, quando confrontada com actividades altamente recompensadoras que competem com a tarefa que lhe é exigida, é incapaz de seguir as instruções que lhe foram fornecidas).

De acordo com Sergeant (1990), a evidência empírica relativa à existência de uma disfunção da atenção em crianças DHDA está seriamente posta em causa. Na verdade, ela aponta fundamentalmente no sentido de uma distúrbio nos mecanismos auto-regulatórios e não de um distúrbio de atenção. Eventualmente a investigação disponível ao longo da década de 70 terá sustentado a hipótese da existência de problemas específicos de manutenção da atenção em crianças hiperactivas, bem como impulsividade, tal como era avaliada através de medidas cognitivas como o Teste de Emparelhamento de Figuras Familiares ("Matching Familiar Figures Test") (Sykes et al., 1973; Cohen et al., 1972; Campbell et al., 1977).

Os critérios diagnósticos do DSM-III e do DSM-III-R relativos à desatenção e à impulsividade podem também ter inadvertidamente contribuído para um erro de apreciação relativamente ao fulcro do DHDA. No que diz respeito à desatenção, em ambas as edições do DSM sugere-se um défice das crianças DHDA no controlo da concentração em termos de

capacidades de "selecção" e manutenção". Contudo, a sua descrição é imprecisa e não indica quais os processos cognitivos associados com a atenção selectiva ou com a manutenção da atenção que estão perturbados (Sergeant, 1988).

Reforçando a crescente tendência para a restrição do papel da atenção no DHDA, Douglas (1988) identifica diversas tarefas em que as crianças DHDA não manifestam défices de atenção e Sergeant (1988) refere que, mesmo que fosse notória a existência de um défice num tipo específico de tarefa, ele não poderia ser ligado a um conceito operacionalizado de atenção. Douglas (1988) conclui que "...the basic information processing capacities of ADDH children are intact"¹(p.75) e que "...the cognitive deficits of ADDH children can be traced to a faulty self-regulation"²(p.75). Sergeant (1988) conclui que "... there is no evidence to clearly indicate a failure in one or more of these stages"³ (de processamento da informação) e ainda que "...the deficiency of ADD children appears to be more one of the extent to which they are able to control their behavior, rather than a structural deficit of attention"¹. (p.184)

Skinner (1953) havia já desenvolvido uma interessante análise do constructo "atenção", de acordo com a qual a "atenção" não constitui propriamente um comportamento ou uma resposta do indivíduo mas sim **uma relação** entre um

¹"...as capacidades básicas de processamento das crianças DHDA estão intactas".

²"...os défices cognitivos das crianças DHDA prendem-se com uma auto-regulação imperfeita".

³"... não há evidência que aponte claramente para a existência de fracasso em um ou mais desses estádios" (de processamento da informação).

estímulo discriminativo e o comportamento do indivíduo. Mais especificamente, constitui uma **relação temporal** entre o estímulo e a resposta. Tal concepção permite conceber a "desatenção" como uma fraca relação estímulo-resposta e a "impulsividade" como uma resposta demasiado rápida ao estímulo. Assim, a impulsividade e a baixa atenção não são considerados comportamentos nem faculdades cognitivas do indivíduo mas sim, como salientámos, relações temporais entre estímulos e respostas. Outros autores, porém, adoptando uma visão basicamente cognitivista dos problemas de atenção das crianças DHDA (com Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção), consideram que o défice de atenção constitui mesmo o fulcro do distúrbio. Stoltzenberg e Cherkes-Julkowski (1991), por exemplo, consideram que a tendência para diminuir o papel da atenção na definição deste quadro com a conseqüente renovação da importância da "hiperactividade", faz recuar o campo pelo menos duas décadas, deixando por explicar ou ignorando o facto de mesmo crianças com níveis óptimos de medicação, cujo instabilidade comportamental diminui acentuadamente, continuarem a manifestar sub-rendimento em medidas de atenção controlada e de memória a curto prazo. Assim, para estes autores, o problema manter-se-á mesmo que a dimensão "hiperactividade" esteja sob controlo, o que significa que as dimensões fundamentais de caracterização da síndrome deverão ser de tipo cognitivo e não comportamental.

As "escalas de avaliação" ("rating scales") desenvolvidas para avaliação dos défices de atenção das crian-

¹"...a deficiência das crianças com DHDA parece estar mais relacionada com o grau de controlo que conseguem manter sobre o seu comportamento do que com um défice estrutural da atenção".

ças DHDA (CTRS - Conners Teacher Rating Scale (Conners, 1969); SNAP - Swanson, Nolan, & Pelham Rating Scale (1988); CBC - Child Behavior Checklist, Achenbach & Edelbrock, 1983; MIT - The Multi-Grade Inventory for Teachers, Agronin, et al. 1992) e nomeadamente as mais utilizadas ou as consagradas nos DSM (DSM-III e DSM-III-R) (quer para utilização em meio escolar quer para utilização em casa) reflectem algumas das concepções correntes do constructo "atenção". "*Distrai-se facilmente*", "*é incapaz de se concentrar*", "*perde frequentemente as coisas*", "*muda frequentemente de actividade*", constituem algumas dos item mais frequentes dessas escalas. Na verdade, as observações directas dos comportamentos das crianças revelam que os comportamentos "*fora da tarefa*" ou o "*não prestar atenção*" diferenciam substancialmente as crianças DHDA quer das crianças com problemas de aprendizagem quer das crianças normais. O que não é claro é se este défice de atenção reflecte um défice primário na manutenção da atenção ou se é secundário relativamente à desinibição comportamental anteriormente referida. De acordo com Sergeant (1989), as questões levantadas anteriormente quanto à improvável existência de um défice na manutenção prolongada da atenção nas crianças DHDA (com Distúrbio Hiperactivo de Déficit de Atenção) levantam legítimas interrogações quanto à validade do diagnóstico da desatenção realizado a partir de itens ambíguos como os do DSM-III ou do DSM-III-R e obrigam a um esforço de operacionalização do constructo "**atenção**" no que ao DHDA diz respeito.

A atenção constitui, como referimos anteriormente, um constructo complexo que tem sido definido de diversas formas o que levanta consideráveis problemas a quem pre-

tende estudar esta questão e ainda mais especificamente a quem pretende estudar a atenção num contexto tão particular quanto o DHDA. Enns (1990) afirma que *"The first obstacle encountered by anyone interested in studying **attention** is the conspicuous absence of a good definition of the word. It is easy to agree with William James that everyone knows what attention is, and yet, it is remarkable that a comprehensive and widely-held definition of attention can be as elusive today as it was 100 years ago"*.¹ Stankov (1983) define o estudo da atenção como uma tentativa de especificar a capacidade individual de lidar com quantidades crescentes de informação, o que no mínimo evidencia alguma sobreposição entre os conceitos de "atenção" e "processamento de informação" Gibson e Rader (1979) definem a "boa atenção" como a percepção selectiva da informação que tem um nível óptimo de utilidade para a tarefa que o indivíduo está a realizar. Estas definições, às quais se poderiam juntar muitas outras, constituem apenas um exemplo da dispersão da investigação sobre a atenção e da falta de uma definição universalmente aceite deste constructo.

O termo atenção tem sido mais tipicamente definido em termos das suas diversas características do que propriamente como um conceito único (Kahneman, 1973; Moray, 1970). Posner e Boies (1971) propõem que o estudo da atenção incida sobre três processos fundamentais: (a) o aler-

¹O primeiro obstáculo encontrado por quem queira estudar a **atenção**, é a manifesta ausência de uma definição para a palavra. É fácil concordar com William James segundo o qual toda a gente sabe o que é atenção e no entanto é notável que uma definição precisa e bem fundamentada da atenção possa ser tão mirífica hoje quanto há 100 anos".

ta, (b) a *selectividade* e (c) a *capacidade de processamento*. Mais recentemente Michael Posner (Posner e Petersen, 1990; Posner, Petersen, Fox, e Raichle, 1988) apresentou um interessante desenvolvimento deste modelo de base cognitivista neuropsicológica, de acordo com o qual os distúrbios da atenção constituem não só o fulcro do DHDA mas também de outras perturbações como a esquizofrenia ou algumas lesões cerebrais específicas.

Os teóricos do cognitivismo separam frequentemente a atenção em duas componentes: (a) um factor de intensidade, por vezes denominado *alerta*, o qual pode ser considerado um correspondente cognitivo do alerta fisiológico e (b) *um factor selectivo*, o qual se refere à distribuição da atenção ou à selecção de estímulos para processamento (Berlyne, 1970).

Taylor (1980), numa revisão dos testes utilizados para avaliação da atenção, conclui que as correlações entre as medidas são normalmente baixas mas permitem supor que medirão um factor comum relacionado com a atenção, distinto da inteligência. Porém, é pouco provável que estejam a medir um único processo. Este facto e a aplicação do termo atenção a tantos fenómenos diferentes, torna actualmente impossível a tarefa de conceptualização e de medição da atenção (Ostrom & Jenson, 1988). É pois mais apropriado definir cuidadosamente aspectos específicos da atenção no sentido de os estudar, medir e intervir sobre eles, conceptualizando-os num quadro de referência integrativo bem articulado.

Douglas e Peters (1979), numa revisão intensiva dos estudos sobre atenção e impulsividade em crianças hiperactivas, concluíram que a maioria das investigações incide

sobre os aspectos **selectividade** e **manutenção** da atenção. No decurso das décadas de 70 e 80 a literatura especializada considerou tendencialmente as crianças hiperactivas como apresentando problemas de **manutenção da atenção** e as crianças com Problemas de Aprendizagem como apresentando problemas de **selectividade** e **distractibilidade**. Em 1979, Douglas e Peters hipotetizavam que a hiperactividade derivaria de uma predisposição constitucional impedindo a manutenção da atenção e do esforço, e produzindo um controlo inibitório pobre bem como uma deficiente modulação do alerta, acompanhados por uma necessidade de estimulação e de evidência (no sentido de um certo exibicionismo). Estes défices seriam responsáveis por um desenvolvimento limitado de esquemas ou conceitos de nível superior, pelo fracasso do desenvolvimento de estratégias eficazes de recolha de informação (estratégias de busca) e incapacidade de ser persistente na resolução de tarefas intelectuais complexas. A evidência quanto à existência destes défices específicos em crianças hiperactivas é porém bastante equívoca. Como já havíamos referido, a própria Virginia Douglas (1988) considera que as capacidades de processamento destas crianças estão intactas e que o défice se deverá mais provavelmente a deficiências de auto-regulação cognitiva e comportamental.

A avaliação dos défices de atenção

Embora haja um conjunto alargado de medidas de atenção, pretendemos de momento centrar-nos nas medidas objectivas de atenção e nos problemas que quanto a elas se levantam. Estes problemas, como veremos, estão intimamente

relacionados com os próprios problemas de definição do constructo.

Antes de mais deve referir-se que tendo os processos de atenção que ser inferidos da realização em determinadas tarefas, é possível pressupor diferentes processos a partir das mesmas tarefas (Ostrom & Jenson, 1988). Assim, o paradigma de tempo de reacção de Hick (1952), por exemplo, tem sido conceptualizado em muitos estudos não só como avaliador do tempo de reacção mas também do "processamento de informação", da "velocidade de movimentos", do "alerta" ou simplesmente da "atenção". Ostrom e Jenson (1988) consideram por isso que é muito difícil seleccionar uma tarefa que sirva como medida directa e objectiva de atenção, particularmente se se procura fazê-lo pelo desejo de ser conceptualmente claro na avaliação e diagnóstico de défices específicos de atenção. Por outro lado, poucas tarefas de medição objectiva da atenção têm sido adequadamente normalizadas e por consequência as referências à sua validade e fidelidade são escassas. Finalmente, as medidas laboratoriais podem não reflectir os processos de atenção típicos utilizados pelas crianças nas salas de aula (Kinsbourne, 1984), o que representa um problema considerável já que as alterações comportamentais das crianças DHDA estão dependentes do contexto e da tarefa. A tudo isto acresce a necessidade de criação de normas desenvolvimentais de forma a clarificar a adequação do comportamento da criança ao seu grupo de idade.

As duas tarefas que estão mais próximas de ser medidas simples, directas e objectivas de hipotéticos processos de atenção são o **Teste de Realização Contínua** ("Continuous Performance Test" - CPT) desenvolvido originalmente

por Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome e Beck (1956) e as **tarefas de tempo de reacção** apresentadas com um sinal de aviso e um intervalo preparatório.

As tarefas de tempo de reacção podem ser consideradas medidas directas de *prontidão para responder a um estímulo* e de *habituação com o tempo* dependendo da estrutura particular da tarefa seleccionada bem como da sua duração.

O CPT constitui uma tarefa de vigilância que tem sido utilizada como paradigma fundamental da manutenção da atenção enquanto processo comportamental (O'Dougherty et al., 1984). Este tipo de tarefas exige do sujeito que estabeleça um conjunto de respostas a estímulos específicos, que procure responder rapidamente, que mantenha a prontidão de resposta por um período alargado de tempo e que iniba as respostas a estímulos inapropriados. O CPT é por isso considerado uma medida de "manutenção da atenção", embora implique igualmente comportamentos que poderão ser considerados como indiciadores de "atenção selectiva" e "controlo da impulsividade". Ostrom e Jenson (1988) consideram o CPT como uma tarefa experimental simples e "limpa" permitindo medir a atenção, embora levantando problemas quanto aos processos que estão realmente a ser medidos. O'Dougherty et al. (1984) consideram que este tipo de tarefa permite discriminar crianças hiperactivas de crianças não-impulsivas com problemas de aprendizagem. Curiosamente, o factor discriminante aqui apontado é a impulsividade e não a atenção. Schachar et. al. (1988) referem igualmente que estas provas diferenciam crianças hiperactivas de crianças hipoactivas com problemas de aprendizagem. Embora não encontrando diferenças entre

crianças DHDA e outros grupos de crianças (nomeadamente crianças com Problemas de Aprendizagem , Distúrbios de Conduta, Distúrbios Emocionais), referem que a hipotética deficiência de manutenção da atenção das crianças DHDA só pode ser testada através de uma tarefa em que a manutenção da atenção seja manipulada e em que a velocidade e a precisão da realização sejam medidas.

As tarefas CPT têm sido tipicamente apresentadas e desenvolvidas de duas formas diferentes: (1) através de instrumentos laboratoriais relativamente sofisticados (normalmente implicando um computador e "software" específicos) e (2) através de testes de papel e lápis.

Entre o primeiro tipo de provas contam-se as desenvolvidas por Connors (1985), Klee e Garfinkel (1983) ou Gordon (1983), nas quais o sujeito deve carregar num botão quando visualiza num ecrã um determinado estímulo ou conjunto de estímulos. Os resultados derivam do número de respostas correctas, das omissões e do número de respostas erradas. Presume-se que estas últimas avaliem a manutenção da atenção e o controlo dos impulsos e as duas primeiras apenas a manutenção da atenção (Sosteck, Buchsman e Rapoport, 1980).

Entre o segundo tipo de provas, a mais utilizada e mais promissora parece ser, segundo Barkley (1990), o "*Children's Checking Task*" de Margolis (1972). Nesta versão CPT para papel-e-lápis pede-se à criança que faça um traço sobre os algarismos que estão colocados numa folha de papel. O teste tem 7 páginas, 16 linhas de algarismos ou letras em cada página e 15 algarismos ou letras em cada linha. A criança vai ouvindo a leitura gravada da sequência dos algarismos ou letras e vai-os cortando. Há

sete discrepâncias no total da tarefa. Os resultados derivam do número de respostas correctas, das omissões e do número de respostas erradas, presumindo-se mais uma vez que estas últimas avaliem a manutenção da atenção e o controlo dos impulsos e as duas primeiras apenas a manutenção da atenção. Esta tarefa correlaciona-se ainda que modestamente com outras medidas de atenção (Keogh e Margolis, 1976) mas em todo o caso de forma bastante mais significativa que qualquer outra medida de laboratório (Barkley, 1990). Barkley considera esta tarefa francamente promissora na discriminação de crianças DHDA de outros grupos de crianças, embora necessitando de replicações no sentido de confirmar os indícios positivos de que dá provas.

Em resumo, embora os critérios diagnósticos do DSM-III e DSM-III-R sugiram que o défice fundamental de atenção das crianças DHDA reside nos aspectos energéticos da atenção e muito especificamente na *manutenção da atenção* por períodos prolongados, estudos recentes apontam noutro sentido.

Daqui resulta que a manutenção da atenção poderá não constituir só por si um critério diagnóstico adequado. As contradições da investigação são ainda muitas e a discussão mantém-se. Contudo parece emergir uma tendência para se considerar que as limitações de processamento da informação das crianças DHDA não se devem propriamente a mecanismos de atenção deficitários e que existem duas áreas em que elas se distinguem consistentemente das outras crianças: (1) na estratégia de processamento da informação e (2) na "distribuição" energética a que recorrem como resposta às tarefas centrando-se o défice ao nível da activa-

ção da atenção. O consenso, repetimo-lo, vai pois no sentido da dificuldade de provar a existência de um déficit fundamental da atenção associado a um mecanismo imperfeito de processamento da informação (no sentido estrutural) e quanto à crescente evidência de se tratar de um "défice de regulação" associado a uma utilização de mecanismos íntegros de atenção que controlam os recursos da mente.

Uma das melhores provas das dificuldades de avaliação dos défices de atenção são as estimativas relativas à incidência do distúrbio em crianças em idade escolar. Nos Estados Unidos, as estimativas apontam para 4 a 10% enquanto Rutter, Tizard e Whitmore (1970) no célebre estudo epidemiológico na Ilha de White referem apenas 0,1% (!).

IMPULSIVIDADE/DESINIBIÇÃO COMPORTAMENTAL

A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição de comportamentos tem recebido na literatura a denominação de *impulsividade*.

É comumente aceite entre os investigadores do desenvolvimento infantil que a impulsividade constitui uma das características psicológicas mais relevantes do período pré-escolar, sendo progressivamente substituída por um maior controlo dos impulsos e por uma superior capacidade de reflexão sobre as situações (Cruz, 1987; Lopes da Silva; 1985; Sonuga-Barke, 1988). A impulsividade, aqui tomada como o oposto da "reflexividade", define fundamentalmente um tipo de "estilo cognitivo" ou seja, uma forma específica de processamento da informação e de realização

cognitiva, determinando a forma como o indivíduo apreende, armazena e utiliza a informação no seu meio ambiente, independentemente do conteúdo específico dessa informação (Cruz, 1987). Neste sentido, apresenta uma relação funcional com o constructo "atenção" tal como é desenvolvido por Skinner (1953), uma vez que constitui uma variável mediadora entre um estímulo e uma resposta. De uma forma geral e mau grado os resultados contraditórios da investigação, pode afirmar-se que as crianças impulsivas são referenciadas como menos pró-sociais, menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores, de adiar a gratificação e de resistir à tentação (Cruz, 1987).

A impulsividade, tal como a atenção, tem uma natureza multidimensional (Milich & Kramer, 1985), não sendo claros os aspectos em que se apresenta problemática para as crianças DHDA (Barkley, 1990). Tipicamente estas crianças respondem rápida e precipitadamente às questões que lhes são colocadas, têm dificuldade em seguir instruções e não esperam pela sua vez nos jogos ou em bichas. Existe igualmente o risco acrescido de sofrerem acidentes, uma vez que se envolvem em actividades perigosas sem ter em consideração o seu perigo potencial. Têm notórias dificuldades em suportar a frustração, pelo que evitam as tarefas que previsivelmente só oferecem gratificação a médio ou longo prazo. Desistem facilmente, preferindo tarefas de recompensa imediata (ainda que mais pequena) e que impliquem menos trabalho. A incapacidade de inibição dos impulsos leva-as também a proferir frases socialmente inadequadas ou a interromper a sequência do discurso de outrem. Deste modo, a impressão que fornecem às pessoas que lidam de

perto com elas e ainda mais àquelas que só o fazem esporadicamente, é o de serem crianças "imaturas", "irresponsáveis", "mal educadas", "preguiçosas", "impertinentes", "difíceis de aturar". Porém, poucos adultos, se apercebem que são igualmente crianças mais castigadas, criticadas e ostracizadas pelos adultos e pelos pares, o que implica um óbvio sofrimento pessoal.

A impulsividade tem sido definida como um padrão específico de resposta a determinadas tarefas, caracterizado essencialmente pela *rapidez* e *imprecisão* (Brown & Quay, 1977). Frequentemente é o *número de erros* e *não tanto a rapidez de resposta* que distingue estas crianças das crianças normais (Brown e Quay, 1977). Contudo, mais recentemente, têm surgido na literatura resultados contraditórios relativamente a este postulado (Barkley, DuPaul, & McMurray, 1990; Milich & Kramer, 1985).

A impulsividade pode ser igualmente encarada como uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como uma deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou de inibição de comportamentos em situações sociais (Barkley, 1990; Rapport, Tucker, DuPaul, Merlo & Stoner, 1986). No caso específico do DHDA, análises factoriais de escalas de avaliação, conjugadas com medidas laboratoriais objectivas de desatenção, hiperactividade e comportamentos de oposição, não permitiram diferenciar uma dimensão *impulsividade* de uma dimensão *hiperactividade* (Achenbach & Edelbrock, 1983; Milich & Kramer, 1985). Estes resultados poderão implicar uma reapreciação da concepção da "Santíssima Trindade da DHDA". Na verdade, se as crianças hiperactivas são crianças impulsivas e vice-versa, poderemos estar no limiar

de um novo conceito que aglutine hiperactividade e impulsividade sob uma denominação específica. Esse conceito poderá precisamente vir a ser o de "*desinibição comportamental*". Barkley (1990) considera que esta *desinibição comportamental* constitui mesmo a "imagem de marca" deste distúrbio e isto devido a três razões essenciais:

1º - Em primeiro lugar porque aquilo que distingue as crianças DHDA de crianças com outros distúrbios clínicos e de crianças normais não é tanto a desatenção mas a hiperactividade e a desinibição comportamental.

2º - Em segundo lugar, quando medidas objectivas dos três sintomas cardinais da DHDA são sujeitas a análises discriminantes, os sintomas que melhor discriminam as crianças DHDA das restantes, são os erros por impulsividade (tipicamente em tarefas de vigilância) e os níveis excessivos de actividade.

3º - Em terceiro lugar, a ordenação dos itens do DSM-III-R para diagnóstico de DHDA - que corresponde ao poder discriminativo (por ordem decrescente) desses mesmos itens - evidencia que os itens que possuem maior poder discriminativo são aqueles que estão relacionados com um controlo pobre dos impulsos e com incapacidade de inibição de comportamentos (Barkley, 1990; Barkley e DuPaul, no prelo; Grodzinsky, 1990).

A conjugação destas três razões leva Barkley (1990) a avançar com a hipótese de os problemas de atenção serem secundários relativamente à desinibição comportamental e ao controlo dos impulsos. Sob este ponto de vista o problema das crianças DHDA constituirá um problema de controlo de comportamento a partir de estímulos socialmente relevantes. Segundo Barkley, a questão do fracasso da

utilização dos estímulos sociais no controlo dos comportamentos de crianças DHDA, assenta essencialmente no tipo de consequências que o sujeito enfrenta e no escalonamento e ordenação dessas consequências e não no tipo de estímulos apresentados. Daí que a investigação dirija cada vez mais os seus esforços para os tipos de tarefas ou estímulos que estas crianças têm mais dificuldades em enfrentar, bem como para os tipos de consequências e seu escalonamento em termos de ocorrência.

Douglas (1988), adoptando uma perspectiva cognitivista do problema, considera que as crianças DHDA apresentam uma generalizada deficiência auto-regulatória a qual é evidenciada por: (1) realizações pobres em tarefas que exigem determinadas competências de tipo visual, auditivo, motor e perceptivo-motor; (2) problemas de atenção os quais revelam a incapacidade de conjugar a eficácia, a intensidade e a manutenção da atenção.; (3) problemas inibitórias os quais reflectem a incapacidade de impedir as respostas inapropriadas; (4) reacção anormal aos reforços, reflectindo a necessidade de recompensa imediata e tangível; (5) e, na medida em que as suas anormalidades de activação ("arousal") podem ser definidas, elas sugerem que a criança não consegue modular a activação/desactivação de acordo com as exigências das tarefas.

Partindo do princípio da validade da hipótese do primado de anomalias na auto-regulação cognitiva e comportamental na configuração do DHDA, Douglas conclui que as tarefas que exigem de forma mais nítida o recurso à auto-regulação, colocarão mais problemas às crianças do que tarefas que, sob esse ponto de vista, sejam menos exigentes. Daí que, em termos diagnósticos, seja interessante

considerar o tipo de tarefa (ou tarefas) em que os problemas ganham particular evidência. Douglas considera particularmente influentes os factores ligados (1) a exigências específicas de processamento da informação, (2) de exigência de controlo externo e (3) presença de factores de atracção e distracção.

HIPERACTIVIDADE

A hiperactividade, enquanto sinal discriminativo relativamente à presença deste distúrbio, foi até à década de 80 considerada não apenas como um sintoma entre vários mas o próprio fulcro do distúrbio. Na verdade as crianças DHDA apresentam normalmente níveis de actividade substancialmente superiores à média, quer ao nível motor quer ao nível vocal. Ao nível motor é comum estas crianças mexerem permanentemente as mãos e as pernas, apresentarem uma grande dificuldade em estar quietas ou simplesmente descansarem e, sobretudo, exibirem estes movimentos em momentos desajustados. Os pais costumam por isso descrevê-las como "falando de mais", "não sendo capazes de estar quietas", "parecendo ter bichos-carpinteiros" e os professores referenciam-nas como "estando constantemente fora do lugar sem autorização", "respondendo fora de vez", "fazendo barulhos inapropriados", "mexendo em objectos não-relevantes para a tarefa, etc." (Abikoff et al. 1977; Atkins & Pelham, 1992; Barkley, DuPaul, & McMurray, 1990; Cammann & Miehle, 1989; Luk, 1985; Barkley, 1990).

Também no que diz respeito à hiperactividade, é necessário considerar a existência de diversos tipos de "sobreactividade". Alguns autores referem que a locomoção,

os movimentos dos tornozelos, dos pulsos e do corpo em geral parecem diferenciar consistentemente estas crianças das crianças normais (Barkley & Cunningham, 1979; Barkley & Ullman, 1975; Porrino et al. 1983). Porém, a flutuação situacional dos sintomas permite especular que o problema essencial reside na dificuldade de controlo em situações que socialmente o exigem e não tanto nos níveis elevados de actividade motora (Firestone & Martin, 1979; Sandberg, Rutter, & Taylor, 1978). Para Rutter (1989) um dos problemas de definição do DHDA reside por um lado na heterogeneidade e multiplicidade de comportamentos que supostamente o constituem e por outro lado na dificuldade em considerar certos comportamentos ou agrupamentos de comportamentos como exclusivamente típicos deste quadro sindrômático. É precisamente o caso da "sobreactividade", que para além do DHDA, pode ser observado na agitação ansiosa, na agitação psicomotora da depressão, nos comportamentos hiper-energéticos e verborreicos da mania ou na hipercinese autística. Por outro lado, os níveis de actividade motora tendem a diminuir com a idade, o que pode levantar problemas diagnósticos, embora seja igualmente verdade que em muitos casos de DHDA esses níveis tendem a manter-se ou a aumentar (Rutter, 1989; Weiss & Hechtman, 1993).

Outras questões se poderão ainda levantar na avaliação da componente "hiperactividade" do distúrbio: (1) a variabilidade situacional dos níveis de actividade motora (Jacob, O'Leary, & Rosenblad, 1978); (2) a variabilidade inter-sujeitos que traduz possivelmente a própria variabilidade de temperamentos individuais (Buss, 1981); e (3) o estabelecimento de linhas claras de demarcação entre o que poderá ser considerado "hiper", "hipo" ou "normal" em ter-

mos dos níveis de actividade motora (temperando a avaliação com considerações relativa à idade do sujeito, situação, temperamento, etc.).

Quando em 1978 a Organização Mundial de Saúde postulou que o traço essencial da síndrome hiperactiva seria um nível inadequadamente baixo de atenção e quando em 1980 a Associação Americana da Psiquiatria consagrou o termo *Distúrbio de Défice de Atenção* (DSM-III, 1980), substituindo a *Reacção Hiperactiva da Infância* (DSM-II, 1968), a hiperactividade perdeu o seu papel central enquanto sinal exclusivamente distintivo do distúrbio e com isso se pensou que muitos dos problemas de definição deste quadro estariam resolvidos. Contudo, como já referimos anteriormente, Douglas (1983, 1988), Taylor (1980, 1986), Sergeant (1981, 1988, 1990), entre outros, levantam sérias dúvidas quanto: (1) àquilo a que os diferentes autores se referem quando avaliam os "défices de atenção", já que o termo "atenção" tem diversos significados e conceptualizações e, por conseguinte, aquilo que se avalia e os instrumentos de avaliação são frequentemente diferentes; (2) à hipótese de um défice de atenção selectiva explicar a hiperactividade; e (3) colocam mesmo em dúvida que as crianças hiperactivas apresentam algum problema intrínseco de atenção.

Os resultados obtidos em medidas objectivas de hiperactividade não têm em geral demonstrado que a hiperactividade constitua um factor separado da *impulsividade*. Tipicamente as análises factoriais de escalas comportamentais de avaliação do DHDA evidenciam que os itens relacionados com a "agitação motora" poderão estar saturados por um factor ligado essencialmente a uma atenção e organização pobres, enquanto outros itens ligados à

sobreactividade evidenciarão saturações num outro factor relacionado com a impulsividade ou desinibição comportamental. **É precisamente este factor que distingue com maior clareza o DHDA da normalidade e de outras condições clínicas**, pelo que as escalas serão tanto mais discriminativas quanto maior for o peso conferido aos itens que pretendem avaliar este último grupo de sintomas (Barkley, 1990).

Reconceptualização do DHDA a Partir dos Dados da Investigação

De tudo o que ficou dito quanto aos défices fundamentais do DHDA, consideramos que existem dois pontos cujo esclarecimento é fulcral para o desenvolvimento de um quadro teórico claro relativo a este distúrbio:

A - Actualmente a investigação tende a postular que as crianças DHDA não apresentam mais dificuldades ao nível da atenção do que outros grupos de crianças. Porém, sendo a atenção um constructo multidimensional cuja avaliação incide sobre tarefas diferenciadas e reflecte processos diferenciados, os estudos terão que incidir sobre aspectos parcelares da atenção e sobre eles eventualmente confirmar ou infirmar hipotéticos défices. Os controversos défices de manutenção prolongada da atenção merecem um particular destaque e permanecem como um dos pontos fundamentais a esclarecer. O estudo empírico que desenvolvemos neste trabalho pretende precisamente esclarecer este ponto.

B - É provável, como afirma Barkley (1990), que os problemas de atenção sejam secundários relativamente à desinibição comportamental e ao controlo dos impulsos. Se assim for, então a desatenção deverá deixar de ser considerada "dimensão essencial" do DHDA. Terá que ser eliminada enquanto critério diagnóstico, figurando eventualmente como "problema associado" para determinados subgrupos de DHDA ou apenas para casos individuais.

.O papel da teoria na reconceptualização do DHDA

Do nosso ponto de vista, uma boa parte dos problemas em torno do DHDA indicia que a investigação se encontra ainda numa fase essencialmente "descritiva" não se vislumbrando uma sólida teoria explicativa que lance hipóteses e pistas suficientemente apelativas. Desde há mais de uma década que diversos autores têm trabalhado a validação das categorias diagnósticas da infância e adolescência (ex. Quay, Routh, & Shapiro, 1987) mas não surgiu ainda na literatura um corpo teórico unificado que permitisse avanços mais significativos no que diz especificamente respeito ao DHDA. Esta é, aliás, uma das principais limitações dos sistemas classificatórios existentes (DSM e ICD), que se mantêm fundamentalmente ateóricas e "agarradas" a fenómenos observáveis (Lopes, 1994). Mas nem mesmo este ateoricismo - saliente-se - permitiu que este tipo de classificação alcançasse um consenso suficientemente amplo, pelo que ainda hoje um utilizador do DSM hesitará entre considerar a hiperactividade como uma categoria/ou um atributo (sintoma), uma dimensão/ou um constructo multidimensional, um problema neuropsicológico/ou um comportamento adaptativo (por exemplo em resposta aos problemas de realização escolar) (Millon, 1991).

Em psicopatologia do desenvolvimento, tal como em qualquer outra ciência ou ramo científico, a sistematização e organização de conhecimentos é normalmente precedida por uma mais ou menos prolongada fase de observação e descrição de fenómenos. A elaboração de um sistema de categorias implica pois, antes de mais, uma cuidadosa observação

de semelhanças explícitas entre fenômenos. Contudo, o progresso decisivo dos sistemas de classificação depende em última análise do(s) constructo(s) teórico(s) que os sustentam. A teoria é, segundo Hempel (1965), aquilo que dá consistência à classificação e que lhe confere relevância científica e clínica. Smith e Medin (1981) realçam que aquilo que caracteriza uma classificação científica é o sucesso no agrupamento de elementos, a partir de postulados teóricos de base, os quais constituem inferências relativas às relações causais ou lógicas entre atributos ou categorias. A teoria permite antecipar relações ainda não verificadas entre fenômenos, prever a sua evolução e conferir significado a sinais e sintomas que por vezes se apresentam desconexos e sem enquadramento visível. A teoria permite ainda que o clínico possua linhas de orientação quer no diagnóstico quer na intervenção sobre a situação, evitando "saltos" aleatórios de sintoma para sintoma ao sabor da sua intuição momentânea (Dougherty, 1978). Assim, aquilo que distingue verdadeiramente uma taxionomia de base teórica de uma taxionomia descritiva (baseada na observação e descrição de sinais e sintomas explícitos) é o poder de gerar atributos, relações e até mesmo categorias que não as utilizadas na sua construção.

Um último ponto: as questões de construção taxinómica não entusiasma particularmente a comunidade educativa (o contexto de eleição deste nosso trabalho é, recordamo-lo uma vez mais, a escola) e, na verdade, há muitas e fundadas dúvidas sobre a validade de tipos e de subtipos quer de problemas de comportamento, quer de problemas de aprendizagem. Para muitos investigadores que trabalham em contextos educativos é por exemplo dificilmente concebível a

ideia da existência - na população com problemas de aprendizagem - de agrupamentos discretos ou de quadro sindrômicos claramente diferenciados entre si (Torgesen, 1991; Ellis, 1985). Stanovich (1988) e Torgesen (1991), utilizando uma analogia, consideram que os problemas de aprendizagem estão mais próximos de algo como a obesidade do que de algo como a gravidez. Significa isto que é extremamente provável que os factores que produzem problemas de aprendizagem de diversos tipos tenham uma distribuição normal na população. Assim como uma pessoa pode ser mais ou menos obesa (mas não, "mais ou menos grávida") será possível ser mais ou menos forte em áreas que debilitam a aprendizagem.

Eventualmente a fase da construção teórica relativa ao DHDA estará ainda a dar os primeiros passos. Para já, como tem vindo a ser evidenciado por diversos autores (ex. Barkley, 1990; Silver, 1990) escontramo-nos numa fase "tacteante", em que se progride por eliminação de partes relativamente ao que é suposto ser o DHDA, os constructos multidimensionais que o integram, a miríade de problemas associados, os distúrbios comórbidos e até a variabilidade situacional do distúrbio. Eliminar hipóteses menos credíveis e aventar outras mais válidas, parece aliás constituir a regra dos trabalhos que têm vindo a ser publicados, o que traduz, no fundo, um estágio específico de desenvolvimento da próprio processo de investigação.

DHDA: Uma Nova Perspectiva

Uma das alternativas mais credíveis em termos de reconceptualização do DHDA consiste em considerar como fundamental para a caracterização do DHDA as *dificuldades de adesão a regras e instruções*, reflectindo aquilo que se denomina **défices no comportamento auto-regulado** (Barkley, 1981, 1982, 1985, 1990, 1994; Douglas, 1988; Grodzinsky, 1990; Kendall & Braswell, 1984; Whalen, Henker & Dolemoto, 1981). Tipicamente estas crianças apresentam problemas significativos na aceitação de ordens quer de pais quer de professores, em lidar com a frustração de desejos e de uma forma geral em seguir instruções na ausência do instrutor. Contudo, não é de excluir que as dificuldades de manutenção da atenção na altura em que o instrutor vai transmitindo as instruções poderão ter algum peso no resultado final. Importa sobretudo salientar que o "comportamento auto-regulado" constitui também um constructo multidimensional incluindo dimensões como a "*condescendência*" (aceitação imediata de uma regra) e a "*manutenção*" (correspondência ao longo do tempo entre uma regra estabelecida e o comportamento do indivíduo) (Zettle e Hayes, 1983). Barkley (1990), embora salientando que não se sabe se alguma destas dimensões se apresenta especialmente prejudicada nas crianças DHDA, manifesta a sua convicção numa estreita relação entre o défice na auto-regulação do comportamento e a desinibição comportamental característica deste distúrbio. Para Barkley, a auto-regulação comportamental refere-se ao grau e extensão em que o comportamento está sob o controlo de estímulos verbais anteriormente fornecidos e através dos quais foram estabelecidas contingências

do género "se fizeres...então...". As crianças DHDA apresentam precisamente problemas específicos de iniciação e manutenção de respostas adequadas, o que, significando que quer no imediato quer no médio prazo a criança tem dificuldades em corresponder ao que lhe foi pedido, não significa oposição comportamental activa ou oposição sistemática. Daí que as queixas normalmente apresentadas relativamente a estas crianças incidam sobre pontos como "não ouve o que lhe dizem", "não faz o que se lhe diz", "não consegue seguir instruções" ou "esquece-se das regras que lhe foram ditadas".

A última década segundo Barkley (1994) conduziu à incontornável conclusão de que o DHDA não constitui fundamentalmente um distúrbio ao nível da atenção mas sim um problema desenvolvimental de inibição de respostas (inapropriadas). Partindo dos pressupostos enunciados, Barkley (1990) avança com uma "redefinição" do DHDA:

2 - REDEFINIÇÃO DO DHDA

"ADHD consist of developmental deficiencies in the regulation and maintenance of behavior by rules and consequences. These deficiencies give rise to problems with inhibiting, initiating, or sustaining responses to tasks or stimuli, and adhering to rules or instructions, particularly in situations where consequences for such behavior are delayed, weak, or nonexistent. The deficiencies are evident in early childhood and are probably chronic in nature. Although they may improve with neurological maturation, the deficits persist in comparison to same-age

normal children, whose performance in these areas also improves with development" (1990, p. 71)¹.

CAPÍTULO 3

DISTÚRBO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO

PROBLEMAS ASSOCIADOS E SUBTIPOS EM CONTEXTO ESCOLAR

As crianças diagnosticadas como DHDA, são normalmente descritas como apresentando, para além dos problemas de hiperactividade, impulsividade, desatenção e/ou das dificuldades em auto-regular o comportamento a partir das suas consequências, um conjunto amplo de problemas associados.

¹ "O DHDA consiste em deficiências desenvolvimentais na regulação e manutenção do comportamento através de regras e consequências. Estas deficiências dão origem a problemas de inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou estímulos e de adesão a a regras ou instruções, particularmente em situações em que as consequências de tais comportamentos são distantes, fracas ou inexistentes. As deficiências são evidentes na primeira infância, provavelmente crónicas e embora possam melhorar com a maturação neurológica, evidenciam-se persistentes em comparação com as realizações de crianças normais da mesma idade, as quais também melhoram com o desenvolvimento."

A denominação "problemas associados" (ou "comórbidos") deriva do facto de, apesar da sua frequência, nem todas as crianças DHDA os exibirem, pelo que não são considerados necessários para a realização do diagnóstico. Contudo, o facto de alguns desses "problemas associados" apresentarem uma elevada co-ocorrência com o DHDA em contexto de sala de aula, coloca problemas complexos quanto à própria natureza e caracterização do DHDA. Um dos exemplo mais evidentes - que tem inclusivé provocado polémicas de grande contundência - é o de se saber se o DHDA deve ser considerado primariamente um problema de comportamento ou um problema de aprendizagem (ver, a propósito, o artigo de Silver [1990], resposta de Stoltzenberg e Cherkes-Julkovski [1991] e contra-resposta de Silver [1991]).

Estes factos têm certamente contribuído para que os investigadores que adoptam uma perspectiva "categorial" dos problemas de desenvolvimento, experimentem sérias dificuldades no desenvolvimento de uma taxionomia credível. Tal não surpreende, dado que, nas escolas, as crianças que apresentam sintomas de hiperactividade, impulsividade e desatenção (os "sintomas cardinais" do DHDA) constituem certamente um grupo mais heterogéneo que homogéneo. Daí as revisões sucessivas de critérios diagnósticos, em que os critérios de diagnóstico das "variantes" e "subtipos" do DHDA "aparecem e desaparecem, simplesmente para voltarem a aparecer" (McBurnett, Lahey, e Pffifner, 1993).

Este capítulo centrar-se-á nos "problemas associados" que estão mais directamente relacionados com o comportamento e realização das crianças DHDA em sala de aula, omitindo, por não serem relevantes para o efeito, problemas como "anomalias físicas menores" ou "problemas de saú-

de". Explorar-se-á ainda a questão da possibilidade de determinação de subagrupamentos específicos de DHDA a partir da associação a problemas específicos.

Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção

Problemas Associados

DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL E REALIZAÇÃO ACADÉMICA

Os resultados encontrados na literatura relativamente ao desenvolvimento intelectual das crianças DHDA estão longe de ser claros. Tal facto não surpreende, dado que, nesta área, as certezas são poucas e as dúvidas são muitas e inquietantes, sobretudo para quem procura respostas sobre a forma de intervir junto destas crianças.

Embora seja relativamente vulgar ver assumido em muitos estudos que as crianças hiperactivas têm desempenhos inferiores às crianças normais e aos seus próprios irmãos (ex. Bohline, 1985; Felton & Wood, 1989), este pressuposto "tácito" está longe de poder ser tomado como inequívoco. Em primeiro lugar, não se sabe se esses desempenhos representam diferenças reais entre as crianças ou se resultam de dificuldades de desempenho das crianças DHDA, devido ao seu comportamento hiperactivo e impulsivo. Por outro lado, muitos dos estudos que apresentam dados relativos ao desempenho intelectual de crianças hiperactivas apresentam problemas metodológicos. McKinney et al. (1993), numa revisão sobre estes estudos, concluem que é muito difícil resumir a informação neles apresentada "de uma forma minimamente significativa" e muito menos ser definitivo quanto a "diferenças significativas de desempenhos". Concluem por isso que existe pouca evidência de

que as crianças DHDA apresentem problemas intelectuais, no que são secundados por outros autores, que sugerem que as diferenças de Quociente Intelectual encontradas em muitos estudos se devem à falta de controlo do nível socio-económico (ex. Dyckman e Ackerman, 1991) ou à co-ocorrência de Problemas de Aprendizagem e distúrbios de conduta em amostras de crianças hiperactivas (Borcherding, Thompson, Kruesi, Bartko, Rapaport, & Weingartner, 1988; Ackerman, Dyckman, & Gardner, 1990; August & Stewart, 1982; Dyckman & Ackerman, 1991). Barkley (1990), embora referindo aquilo que é mais "comum" na literatura (ou seja, a diferença de desempenhos) também acentua que em muitos estudos não são utilizados grupos "puros de crianças hiperactivas mas sim crianças hiperactivas com Problemas de Aprendizagem. No estudo de Barkley et al. (1991), o grupo de crianças DA sem hiperactividade (Problemas de Aprendizagem) apresenta mesmo um QI (Quociente intelectual) médio inferior ao grupo DHDA+DA, cujo nível já era inferior ao do grupo de controlo normal. Isto faz supor que as crianças com problemas de aprendizagem escolar poderão apresentar QIs deprimidos e que é a falta de controlo da co-morbilidade DA+DHDA que leva a supor de forma provavelmente errónea que as crianças hiperactivas têm desempenhos intelectuais inferiores à média.

Independentemente da discussão em torno nos níveis intelectuais tem-se por relativamente incontroverso que as crianças hiperactivas têm níveis de realização escolar baixos e significativamente inferiores às suas capacidades (Barkley, 1990; Barkley et al., 1991; Weiss & Hechtamn, 1993). Estas dificuldades resultam supostamente dos problemas de atenção, impulsividade e, sobretudo, da irre-

quietude, que é bastante punida em contexto de sala de aula. Do mesmo modo, Barkley, (1990) e DuPaul e Stoner (1994) referem que, nos Estados Unidos 40% das crianças hiperactivas recebem programas educativos especiais, destinados a indivíduos com problemas de aprendizagem ou com problemas de comportamento. Por outro lado, em amostras clínicas de investigação, verifica-se que cerca de um terço das crianças hiperactivas foi retida pelo menos uma vez antes de ingressar no ensino secundário, que recebe mais suspensões, expulsões e que abandona mais cedo a escola (Barkley et al., 1991), para além de se verificar que essas dificuldades e problemas se prolongam na vida adulta (Weiss & Hechtman, 1993). Convém, porém - e mais uma vez - não se ser definitivo quanto a esta questão. De facto, McKinney et al. (1993) revendo trabalhos publicados sobre este assunto, só em um terço encontram uma associação entre sub-rendimento escolar e hiperactividade. No entanto referem que a literatura é relativamente conclusiva quanto ao maior número de retenções, suspensões e expulsões das crianças e adolescentes hiperactivos e quanto à sua menor persistência nas tarefas escolares.

Finalmente, deve acrescentar-se que os trabalhos sobre a utilização de medicação estimulante são os que melhor suportam a ideia do sub-rendimento escolar das crianças hiperactivas. Embora seja seguro que a medicação estimulante não produz ganhos cognitivos, parece contribuir indirectamente para a melhoria de rendimento em resultado da alteração de comportamento da crianças, que se tornam mais disponíveis para a aprendizagem e, sobretudo, têm oportunidade de ser encarados mais positivamente pelos professores e pelos colegas, o que permite eventualmente

transformar a "espiral descendente" que é o comportamento social (e muito particularmente o "social escolar") em algo de positivo e até "estimável" (Abramowitz, Eckstrand, O'Leary, & Dulcan 1992; Klorman, Brumaghim, Fitzpatrick, & Borgstedt, 1991; Rapport, DuPaul, Stoner, & Jones, 1986; Whalen & Henker, 1991).

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM E DO DISCURSO

Os problemas de linguagem e discurso têm um óbvio impacto no trajecto escolar dos indivíduos. No que diz respeito às crianças hiperactivas e impulsivas, sabe-se que tendem a falar mais do que as crianças normais (Barkley, Cunningham, e Carlson, 1983; Zentall, 1988). Porém, tal facto não traduz qualquer vantagem para estas crianças, muito pelo contrário. Em primeiro lugar porque, sobretudo no contexto de sala de aula, esse "falar de mais" significa muitas vezes "falar quando se não deve" ou falar de matérias irrelevantes; em segundo lugar, porque, como é sugerido por diversos estudos, esse discurso é menos elaborado, menos fluente e mais frequentemente acompanhado por défices articulatórios do que nas crianças normais (Barkley et al., 1991; Hartsough & Lambert, 1985, Szatmari, Offord & Boyle, 1989). Por outro lado, quando as tarefas exigem o planeamento e organização de um discurso interno, os défices evidenciam-se, supostamente porque o discurso explicativo implica a utilização de processos cognitivos mais elaborados, ligados ao planeamento, organização e monitorização do discurso (os denominados "processos executivos"), área em que se julga serem as crian-

ças DHDA particularmente vulneráveis (Zentall, 1985). Contudo, é necessário salientar que estes problemas não traduzem um atraso global na linguagem e que os problemas se reflectem mais na linguagem expressiva do que na linguagem receptiva (Barkley, 1990). De resto, McKinney et al. (1993), referem números para apoio em terapia de fala da ordem dos 9 a 16% para crianças DHDA (num qualquer ponto do seu trajecto escolar), contra 34% para crianças DDA/-H (sem hiperactividade), 72% para crianças com Problemas de Aprendizagem e 11% para crianças normais. Tais números, por um lado, aproximam bastante as crianças hiperactivas das normais e por outro lado aproximam as não hiperactivas das DA o que parece ser consistente com a hipótese que já levantámos neste trabalho, de o DDA/-H ser eventualmente um certo tipo de DA e não de DDA.

No conjunto, embora os estudos sejam algo inconsistentes, sugere-se que os problemas, quando evidentes, têm maior probabilidade de se reflectir na linguagem expressiva, nomeadamente numa certa disfluência discursiva. Por outro lado embora não haja evidência quanto a problemas de desenvolvimento da linguagem em crianças DHDA eles podem tornar-se bastante evidente na história de crianças DHDA com Problemas de Aprendizagem .

MEMÓRIA E OUTROS PROCESSOS COGNITIVOS

Diversas áreas do funcionamento cognitivo têm sido estudadas em crianças hiperactivas, no sentido de se compreender o melhor possível quais são as mais deficitárias relativamente a crianças normais.

Uma das áreas em que as diferenças parecem mais evidentes é a da organização do trabalho. As crianças hiperactivas experimentam particulares dificuldades em tarefas que exigem estratégias complexas de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho (Barkley, 1990; Tant & Douglas, 1982). Aparentemente tais dificuldades não ficam a dever-se propriamente à ausência de capacidade para resolver problemas, reflectindo antes um esforço insuficiente ou uma estratégia ineficaz face à tarefa (Barkley, 1990, 1994; DuPaul & Stoner, 1994; Voelker, Carter, Sprague, Gdowski, & Lachar, 1989). Por outro lado, verifica-se uma menor competência na verbalização de instruções no decurso da tarefa, dificultando a sua realização (Hamlett, Pelligrini, & Connors, 1987). Esta dificuldade em comunicar (a si próprio e a outrem) as estratégias utilizadas, parece assentar em problemas no "comportamento orientado por regras" (Kendall & Braswell, 1982), com implicações ao nível da resolução de problemas e da criação espontânea de regras orientadoras do comportamento. No conjunto, estas dificuldades parecem traduzir défices significativos nos "processos executivos" (estratégias ou mecanismos utilizados pelos indivíduos para organizar e monitorizar os seus pensamentos e comportamento) (Barkley, 1990; Zentall, 1988). Daí os professores descreverem estes alunos como apresentando problemas crónicos na "realização de tarefas prolongadas", na "organização da carteira", em "estudar com método" ou "em tomar notas do que o professor diz".

No que diz respeito a eventuais problemas de memória nas crianças hiperactivas existe alguma controvérsia. Barkley (1990) e Douglas (1983) consideram que estas

crianças não apresentam, de uma forma geral, problemas de memória. No entanto, não negam as suas dificuldades de realização em tarefas que exigem o recurso a estratégias de memória mas atribuem-nas à impulsividade, desorganização e desatenção e não tanto a "incapacidade" de memória. De resto, Barkley (1990; 1992; 1994) tem vindo a acentuar com crescente veemência que muitos dos défices das crianças hiperactivas são fundamentalmente "défices de realização não de competência"; *"e mais de não se fazer o que se sabe do que não se saber o que fazer"*.

Cherkes-Julkowski e Stoltzenberg (1991) consideram que o DHDA pode manifestar-se (a) directamente como um problema de "memória operativa" (conceito desenvolvido por Baddeley e Hitch, [1974]). A memória operativa tem sido conceptualizada como um sistema de gestão e apreensão de informação, com pelo menos duas componentes: (1) a Memória a Curto Prazo (MCP) cuja função consiste em conservar momentaneamente a informação apreendida; (2) uma componente executiva, que coordena a informação armazenada na MCP com as funções de nível superior), através de perturbações da eficiência devidas a problemas de atenção; (b) indirectamente, porque, ao contribuir para as dificuldades no desenvolvimento de processos automáticos ("capacidade de aceder rápida ou automaticamente à informação", supostamente deficitária nas crianças DHDA), obriga a uma sobrecarga de exigências na memória operativa. Partindo desta ideia, Cherkes-Julkowski e Stoltzenberg (1991), admitem a possibilidade de as crianças hiperactivas serem particularmente vulneráveis ao fracasso escolar e ao fenómeno do

"desânimo aprendido"¹ (Licht & Kistner, 1986), o que pode ter como efeito uma aparente passividade face às tarefas escolares mesclada com uma excessiva e inadequada actividade motora, que não são mais do que a forma que as crianças encontram de lidar com o problema e de preservar o valor próprio.

Em resumo, tendencialmente a literatura não indica incapacidades fundamentais nas competências cognitivas das crianças hiperactivas mas indica, sem grande margem para dúvidas, que independentemente de as crianças não apresentarem "incapacidades reais", muitas realizações são deficitárias relativamente a crianças normais. Daí os problemas escolares encontrados num número significativo de criança hiperactivas (nomeadamente repetências, suspensões e expulsões) e daí também a incompreensão de muitos pais e professores relativamente a estas crianças, que são frequentemente acusadas de "preguiçosas", "não esforçadas" ou "de não fazerem as coisas porque não querem" (e não "porque não sabem"). Este facto acarreta inclusive o risco de estas crianças serem mais incompreendidas e mais punidas que as crianças hiperactivas com problemas de aprendizagem (Weiner, 1982)

RELAÇÕES SOCIAIS E ATRIBUIÇÕES

Existe uma quantidade substancial de literatura referindo os problemas de relacionamento social, de per-

¹ O "desânimo aprendido" refere-se à percepção, pelo sujeito, de incapacidade na resolução de determinadas tarefas, conduzindo a dificuldades na iniciação ou manutenção de tarefas e actividades (Seligman, 1975)

cepção social, de auto-imagem e de integração social das crianças que exibem problemas de comportamento, em geral e das crianças hiperactivas, em particular. Esta é, seguramente, uma das áreas em que os problemas das crianças hiperactivas são mais evidentes e em que se joga algo de tão importante quanto uma vivência adaptada em sociedade.

Para muitas crianças hiperactivas releva-se extremamente complicado e até dramático iniciar e manter relações com os colegas de escola (Guevremont, 1990). Pelham e Bender (1982) estimam que cerca de 50% das crianças hiperactivas experienciam dificuldades significativas e duradouras de relacionamento interpessoal. Não surpreende pois que mães (Campbell e Pauluskas, 1979), professores (DuPaul & Stoner, 1994; Weiss & Hechtman, 1993) e colegas (Carlson, Lahey, Frame, Walker, & Hynd, 1986; King & Young, 1982) descrevam as crianças hiperactivas como significativamente agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, principalmente se forem rapazes.

Provavelmente a impulsividade das crianças hiperactivas desempenha um papel relevante nas suas dificuldades de relacionamento. Com frequência são referidas pelos colegas, professores ou pais como intrometendo-se inapropriadamente em actividades em curso (jogos ou brincadeiras), sem respeito pelas regras instituídas, apesar de as conhecerem e de exigirem aos outros que as cumpram; como sendo incompetentes nas conversas (ex. interrompendo frequentemente, não dando atenção ao que os outros dizem); utilizando soluções agressivas para problemas triviais; ou perdendo rapidamente a cabeça em situações sociais pouco favoráveis (DuPaul & Stoner, 1994; Guevremont, 1990).

Estas percepções são confirmadas por observações directas de diversos investigadores, os quais sugerem que em situações de trabalho de grupo, os comportamentos perturbadores, intrusivos, imaturos e provocatórios das crianças hiperactivas induzem nos outros um comportamento claramente controlador e directivo, quando não de rejeição (Barkley, 1990; Clark, Cheyne, Cunningham, & Siegel, 1988; Cunningham, & Siegel, 1987). Aliás, as situações de trabalho estruturadas afiguram-se extremamente complicadas para as crianças hiperactivas, já que exigem maior concentração, persistência, esforço e, sobretudo, têm um valor de recompensa que é quase sempre mediato e muito mais secundário do que primário (Grennel, Glass, & Katz, 1987). Nesta situações a recompensa pode resultar apenas da satisfação pelo resultado alcançado, e do interesse em estar envolvido no trabalho, o que significa que a tarefa poderá ter um valor de motivação intrínseca e não extrínseca (Stipeck, 1984). A perturbação que as crianças hiperactivas introduzem nas situações de trabalho de grupo (com o consequente prejuízo pessoal para si e para o grupo) entende-se ainda melhor, se nos recordarmos que diversos estudos evidenciam claramente que elas (a) tem uma tendência anormalmente forte para exigir recompensas imediatas, (b) são invulgarmente vulneráveis a possíveis efeitos de distração provocados pela recompensa, esquecendo a tarefa, (c) ficam exageradamente frustradas quando não recebem recompensas antecipadas (Douglas & Parry, 1994). Já anteriormente havíamos expresso neste trabalho a ideia de que a hiperactividade tem o seu impacto fundamental no comportamento adaptativo e nos contextos (a escola, em particular) mais exigentes em termos de cumprimento de regras sociais e

académicas. É sobretudo nas escolas (para um indivíduo em idade escolar, naturalmente) que a criança se confronta com situações que implicam o recurso a sistemas complexos de comportamentos auto-regulados, que devem ir-se organizando ao longo do tempo, de forma a responder às exigências do dia-a-dia escolar.

Preocupante para as crianças hiperactivas, em termos das suas relações sociais, é não só o padrão de interacção que exibem, como o facto de as dificuldades interpessoais da infância se revelarem preditivas de desajustamentos adaptativos na adolescência e vida adulta (Kupersmidt, & Coie, 1990; Ollendick, 1992; Olson, & Brodfeld, 1991; Parker & Asher, 1987). De facto, as dificuldades sociais são cada vez mais encaradas como centrais na problemática geral do DHDA (Barkley, 1990; Hinshaw & McHale, 1991) e como contributoras decisivas para a manutenção dos problemas a longo prazo. Além do mais, para que a impopularidade das crianças DHDA se desenvolva bastam curtos períodos de interacção, e o seu eventual prolongamento raramente modifica a situação, tendendo mesmo a agravá-la (Erherdt & Hinshaw, 1994; Pelham & Bender, 1982). Por outro lado, é muito provável que a rejeição prolongada dos pares leve a criança ou adolescente a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos, afectando provavelmente muitos aspectos do seu desenvolvimento moral, social, académico, e afectivo (Dodge, Coie, Pettit, & Price, 1990; Parker & Asher, 1987).

Um dos aspectos seguramente afectados é o da percepção de situações sociais ambíguas. Nestas circunstâncias as crianças DHDA (muito particularmente as agressivas) tendem a interpretar sistematicamente o comportamento de outrem

como agressivo (mesmo não o sendo) e tendem a responder agressivamente (Lochman, & Dodge, 1994).

Deve salientar-se que os dados que temos vindo a referir até aqui, dizem respeito essencialmente às denominadas "variáveis comportamentais" do estatuto sociométrico e quanto a essas, as crianças hiperactivas apresentam evidentes e graves dificuldades. No que diz respeito às "variáveis não-comportamentais" (incluindo por exemplo a inteligência, a realização académica, a atractividade física, a competência física, etc), presumivelmente menos mutáveis, tudo indica que poderão, em alguns casos favoráveis, contribuir para diminuir ou anular os efeitos negativos de variáveis comportamentais como a "intrusão", a "imaturidade" ou a não-colaboração". No entanto, para a generalidade das crianças hiperactivas tal não se verifica, porque elas, mesmo possuindo determinadas competências, têm frequentemente realizações pobres (Erhardt & Hinshaw, 1994). Curiosamente, na controvérsia sobre a utilização de medicação estimulante com estas crianças, refere-se com frequência que poucos ou nenhuns são os efeitos sobre o rendimento escolar e sobre os processos cognitivos em geral (Weiner, 1982). Ora, pelo menos para alguns indivíduos, a drástica e rápida alteração de comportamento que a medicação pode induzir, tem seguramente resultados em termos da imagem social da criança e da percepção que esta tem de si, dos outros, e das relações sociais em geral. Existe de resto um conjunto de estudos que evidenciam precisamente que crianças medicadas se tornam socialmente mais responsivas, cooperantes, gozam melhor as relações sociais e aproveitam melhor as amizades (Swanson, Granger, & Kliwer, 1987; Whalen, 1989, 1991). Possivel-

mente a insistência na inexistência de "efeitos cognitivos" constitui uma centração no rendimento escolar ou nas realizações em determinado tipo de testes de rendimento intelectual e uma não suficiente valorização do impacto cognitivo da revalorização das relações sociais. Balthazor, Wagner, e Pelham (1991) verificam que embora a medicação não melhore directamente as competências supostamente subjacentes à aprendizagem da leitura, melhora o rendimento escolar através do aumento da motivação, atenção e disponibilidade, com conseqüente benefício do funcionamento social.

Um ponto deve, neste momento, ser salientado: malgrado em muitos trabalhos se abordar a problemática do relacionamento social das "crianças hiperactivas", é muito pouco provável que se possa falar em homogeneidade de estatuto sociométrico destas crianças. De facto, tal como teremos oportunidade de salientar adiante (ver "DISTÚRBO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO: SUBTIPOS") o DHDA refere-se a um grupo heterogéneo de crianças relativamente às quais se tem procurado realizar subcategorizações que representem agrupamentos mais homogéneos a partir de dimensões específicas (ex. a partir da presença ou ausência de hiperactividade ou a partir da presença ou ausência de agressão). É pois provável que a subagrupamentos específicos de DHDA correspondam padrões de relacionamento social também específicos e por isso mais homogéneos e consistentes.

Na literatura sociométrica tem sido particularmente referenciado o papel da agressão (incluindo comportamentos como o "lutar", "irritar os outros" e "abusar fisicamente dos mais fracos") na definição do estatuto sociométrico

dos indivíduos (Asher, e Dodge, 1986; Kupersmidt, & Patterson, 1991; Kupersmidt, & Coie, 1990; Lancelotta, & Vaughn, 1989; Parker, & Asher, 1987), tal como na literatura sobre a hiperactividade tem sido referido o papel que a agressão desempenha num prognóstico pobre a longo prazo (Hinshaw, 1987, 1992a; Loney, 1987; McGee, Williams, & Silva, 1984a; Pope, Bierman & Mumma, 1991). Dodge, Coie, e Brakke (1982) assinalam que as descrições dos pares incluem de forma sistemática o "iniciar lutas" como uma característica das crianças pouco aceites. Curiosamente há algumas formas de agressão indirecta que são ainda menos aceites e toleradas pelos pares, como por exemplo o "tirar coisas aos outros" ou "mexer nas coisas sem autorização" (Lancelotta & Vaughn, 1989). Eventualmente os comportamentos furtivos são encarados como fortemente desonestos e pouco corajosos, logo, bastante punidos. Outro tipo de comportamento, característico de crianças agressivas e que quer os pares, quer os professores, encaram de forma negativa e rejeitante, é o abuso físico sobre os mais fracos ("bullying"). Trata-se aliás de um tipo de comportamento que para além de provocar um fenómeno activo de rejeição por parte de colegas e professores, constitui uma preocupação institucional principalmente em escolas superpovoadas de áreas urbanas de 2º e 3º Ciclo e ensino secundário (Olweus, 1978).

Apesar de a investigação sobre as características comportamentais de indivíduos rejeitados pelos pares incidir fundamentalmente sobre a agressão, duas outras dimensões comportamentais parecem ter uma considerável influência (pelo menos em crianças da escolaridade básica) no desenvolvimento de relações inter-pessoais pobres: os "compor-

tamentos hiperactivos" (incluindo actividade motora excessiva e desordenada, impulsividade e comportamentos perturbadores) e a "desatenção" (Loeber & Lahey, 1989; Pope, Bierman, & Mumma, 1989; Pope et al., 1991). Estas duas dimensões são consideradas como predictoras da obtenção de nomeações negativas pelos pares, de "ostracismo-social/isolamento-social" e, no polo oposto, da obtenção de nomeações positivas (com as quais se correlacionam negativamente) (Pope et al., 1991). É ainda interessante acentuar que em diversos estudos a hiperactividade sem agressividade aparece mais frequentemente associada a problemas de aprendizagem e a um QI baixo, podendo a situação do indivíduo oscilar, com maior probabilidade, entre a *rejeição* (impacto social elevado e baixa preferência social) e a *controvérsia* (impacto social elevado e preferência social "mista") (Coie et al., 1982; Gresham & Stuart, 1992). Os problemas sociais destas crianças podem pois ter um carácter muito "situacional" e muito ligado ao seu fraco desempenho em contexto escolar (não se manifestando necessariamente com a mesma veemência noutros contextos). Da mesma forma, as crianças diagnosticadas com Distúrbio de Défice de Atenção/não Hiperactivas (ver secção: DHDA: SUBTIPOS), cujo número de retenções e de problemas escolares é normalmente elevado, exibem um padrão comportamental e cognitivo ao qual corresponde, com grande probabilidade, um estatuto social *negligenciado* (baixo impacto social e preferência social negativa). A hiperactividade associada a agressão, por seu turno, reflecte um padrão comportamental mais persistente, com início precoce dos problemas, histórias familiares problemáticas com discórdia e agressão conjugal, e sintomas de hiperactividade

mais severos (Hinshaw, 1987, 1992a; Pope et al., 1991), provocando, com maior probabilidade, a rejeição social activa pelos pares.

Nos últimos anos, os investigadores têm vindo crescentemente a interessar-se pelo efeito da rejeição nas percepções das crianças acerca de si próprias e das relações sociais. Uma percentagem significativa de crianças rejeitadas (muitas das quais DHDA e/ou agressivas e/ou DDA/não Hiperactivas) tem um auto-conceito baixo (Boivin, Poulin, & Vitaro, 1994) e refere mais sentimentos de solidão do que as crianças normais (Asher, Parkhurst, Hymel, e Williams, 1990) (embora isto seja especialmente verdade para crianças tendencialmente mais "submissas" e pouco expansivas, como é o caso de muitas DDA/não Hiperactivas) (Parkhurst & Asher, 1992).

Curiosamente, as crianças DHDA, em geral e as crianças DHDA/Agressivas, em particular, que são normalmente referenciadas como (a) funcionando normalmente por "locus de controlo externo" (Linn & Hodge, 1982); (b) como atribuindo aquilo que lhes acontece "ao destino" (Barkley, 1990); (c) ou como interpretando com frequência as acções dos outros como hostis, respondendo pois agressivamente a supostas "provocações" (muitas vezes inexistentes) (Milich & Dodge, 1984), em alguns estudos não diferem significativamente das outras crianças nas crenças acerca dos colegas de escola. Embora isto seja surpreendente, poderá estar de acordo com o modelo de Dodge e Frame (1982), segundo o qual os erros atribucionais das crianças rejeitadas/agressivas se limitam a situações em que a provocação é ambígua (ver: SUBTIPOS DE DHDA COM BASE NA PRESENÇA OU

AUSÊNCIA DE AGRESSÃO). Aparentemente, embora as crianças DHDA/Agressivas tenham tendência a acreditar que os outros têm intenções malévolas, tal não se deve a uma "visão negativa geral" acerca do grupo de pares (Rabiner, Keane, & MacKinnon-Lewis, 1993).

O caso de crianças DDA/não Hiperactivas poderá, devido ao seu padrão comportamental e cognitivo, ser diferente. São crianças com menos capacidades de defesa, com mais medos de serem humilhadas ou vitimizadas e portanto com uma visão negativa do grupo de pares. No entanto ainda aqui haverá lugar a uma subdivisão entre crianças rejeitadas/submissas e crianças submissas/não rejeitadas, com as primeiras tendo uma visão claramente mais negativa dos outros e das relações sociais. Embora ambos os grupos constituam "alvos fáceis" para provocações, eventualmente o número de provocações diferirá e provocará as diferenças (Rabiner et al., 1993).

Diversos autores têm chamado a atenção para os resultados negativos - nas crianças DHDA - da conjugação dos factores adversos que temos vindo a enumerar:

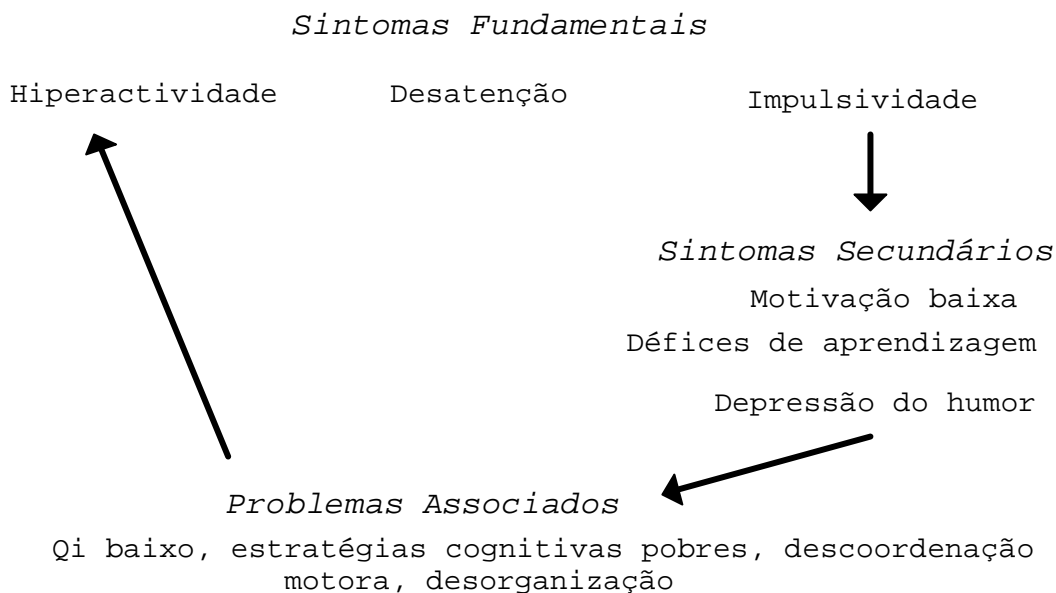
Em primeiro lugar, a investigação tem vindo a insistir nos efeitos a longo prazo da rejeição sistemática pelo grupo de pares (ex. Milich & Landau, 1989; Parker & Asher, 1987).

Em segundo lugar, uma auto-estima baixa é comum em indivíduos com uma história de comportamentos disruptivos, sendo frequente a coexistência de depressão e comportamentos agressivos na pré-adolescência (Puig-Antich, 1982). Este facto, demasiadas vezes esquecido, tem um significado prático importante, já que muitas vezes estas crianças e adolescentes são consideradas como causando muita infeli-

cidade e pouco se importarem com isso, o que está longe de corresponder à verdade. Por outro lado, chama igualmente a atenção para a possibilidade de a separação entre distúrbios exteriorizados severos e distúrbios interiorizados severos ser algo simplista (Hinshaw, 1992a).

Em terceiro lugar a coexistência - numa percentagem muito superior ao que seria de esperar pelo mero acaso - de problemas de comportamento, de um estatuto sociométrico pobre e de problemas de aprendizagem, pode conduzir as crianças DHDA (com variações individuais, naturalmente) a um ciclo vicioso de "comportamentos rejeitados", "défices de realização", "desmotivação", "desânimo aprendido", "comportamentos mais desajustados", etc. (DuPaul & Stoner, 1994; Milich & Okazaki, 1991; Weiss & Hechtman, 1993). Weiss e Hechtman (1993), apresentam um esquema deste ciclo que ilustra bem o quanto é difícil a estas crianças, aos pais, professores, etc., alterarem esta situação.

Figura 3.1. - Ciclo vicioso dos problemas escolares de crianças hiperativas (adaptado de Weiss e Hechtman, 1993)



De acordo com Milich e Okazaki (1991), as crianças DHDA estão particularmente expostas ao fracasso: na sala de aula porque os seus problemas se reflectem no rendimento escolar (Henker & Whalen, 1989); socialmente porque são imaturas, impulsivas e descontrolados, provocando a rejeição por parte dos colegas (Milich & Landau, 1982) e muitos comentários negativos dos pais (Barkley & Cunningham, 1979) e dos professores (Whalen, Henker & Dotemoto, 1981). Estes factos colocam-nas em risco de desenvolver um estilo de resposta que recebe a designação de "desânimo aprendido" (Litch, & Kistner, 1986; Seligman, 1975) e que as leva a atribuir o fracasso à falta de capacidade própria. Este estilo de atribuição conduz normalmente a uma redução do esforço perante as tarefas, de forma a evitar o fracasso e preservar o valor próprio (Hoza, Pelham, Milich, & Pillow, 1993; Stipeck, 1984). Milich & Okazaki (1991) consideram que as crianças DHDA, para além de apresentarem um padrão relativamente idêntico ao de outras

crianças que fracassam sucessivamente, revelam ainda frustração, independentemente de terem sido colocadas perante uma tarefa resolúvel ou irresolúvel. Esta frustração parece resultar da falta de investimento nas tarefas escolares e na tendência para a desistência precoce, tão característica do DHDA (Douglas, 1983).

Em resumo, as crianças hiperactivas apresentam uma particular vulnerabilidade na área das relações sociais. O seu padrão cognitivo e comportamental raramente deixa os outros indiferentes, quer sejam colegas, pais, ou professores, conduzindo com frequência à rejeição social do sujeito. Não surpreende pois que este tenha dificuldade em ter uma auto-imagem minimamente positiva, sobretudo no contexto escolar, onde a sua confrontação com normas, regras, disciplina, tarefas prolongadas, etc., fazem emergir os défices com maior clareza. Os problemas nesse contexto são tão notórios que Asher e Parker (1987) utilizam, para as caracterizar, o conceito de "crianças impopulares 6 horas" por analogia com o famoso conceito de "crianças atrasadas 6 horas" (crianças que funcionam bem em casa e na comunidade mas não na escola) (Hobbs, 1975). O ciclo vicioso constituído por "comportamentos sociais inapropriados", "rejeição social", "realizações escolares deficitárias", "desistência precoce" e "auto-percepção negativa", com subsequente repetição dos comportamentos inapropriados, revela-se difícil de ultrapassar e, na verdade, parece empurrar os indivíduos para uma "profecia auto-realizada", na qual a crença de não se ser capaz de resolver um problema produz os comportamentos que confirmam essa crença (Milich & Okazaki, 1991).

DISTÚRPIO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO

SUBTIPOS

O diagnóstico de DHDA é aplicado a um conjunto heterogéneo de crianças que supostamente apresentam níveis de atenção, impulsividade e actividade motora inapropriados para a idade. Aquilo que muitos autores afirmam ser comum a todas essas crianças são os problemas em tarefa que exigem a *manutenção prolongada da atenção* e em particular níveis elevados de *vigilância*. Porém, apesar destas aparentes comunicações, as crianças assim diagnosticadas podem apresentar uma grande diversidade de sintomas, de estrutura familiar, de comportamento nas salas de aula, de padrões de desenvolvimento ou de respostas aos tratamentos. Este facto tem levado os investigadores a procurar definir sub agrupamentos mais homogéneos e "clinicamente mais significativos" (August, 1989; Dykman, 1993), a definir (mais raramente) características educacionais e a estudar os problemas associados ao DHDA. Uma boa parte deste esforço tem sido relativamente bem sucedido embora noutros casos não revele grande mérito "clínico" ou educacional (Halperin, Gittelman, Klein, e Rudel, 1984).

SUBTIPOS DE DHDA COM BASE NA PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE HIPERACTIVIDADE

Uma das mais controversas e discutidas formas de subdivisão do DHDA baseia-se na presença ou ausência de **hiperatividade**. Na versão de 1980 do DSM (APA, 1980), estabelecia-se uma divisão entre Distúrbio de Défice de Atenção com Hiperatividade (DDA/+H) e Distúrbio de Défice de Atenção sem Hiperatividade (DDA/-H), posteriormente desvalorizada na versão de 1987 (APA, 1987), em que se fala unicamente de uma categoria, sem subdivisões, o Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. Por outro lado, é necessário acentuar que, de acordo com a taxionomia da Organização Mundial de Saúde (International Classification of Diseases) a hiperatividade é considerada uma dimensão fundamental do distúrbio, o qual recebe a denominação de Distúrbio Hiperactivo da Infância (World Health Organization, 1990).

Os resultados da investigação relativamente a este tipo de subdivisão são pouco claros e não poucas vezes contraditórios. Durante a década de 80 diversos foram os estudos referindo a irrelevância das diferenças entre os dois supostos subtipos de DDA (Maurer e Stewart, 1980; Rubinstein e Brown, 1984), enquanto outros apresentavam as crianças DDA/+H como mais agressivas, mais rejeitadas pelos pares, com relações interpessoais mais pobres, autoestima mais baixa e, de uma forma geral, menos apreciadas pelos pares e as crianças DDA/-H como mais ansiosas, menos nomeadas que as crianças normais em medidas sociométricos, "ausentes", letárgicas e preguiçosas (sobretudo quando a fonte de referências eram os professores) (Berry, Shaywitz

& Shaywitz, 1985; Edelbrock, Costello & Kessler, 1984; King & Young, 1982; Lahey, Schaughency, Strauss, & Frame, 1984; Lahey, Schaughency, Hynd, Carlson, & Nieves, 1987). No seu conjunto, estes estudos sugerem que os dois grupos de crianças são menos populares que as crianças normais, embora apresentem padrões de impopularidade diferenciados: enquanto as crianças DDA/+H tendem a ser activamente rejeitadas, as crianças DDA/-H parecem ser tendencialmente isoladas.

Do ponto de vista do funcionamento cognitivo, os resultados apresentados pela literatura especializada também se revelam contraditórios. Os estudos de Carlson, Lahey, e Neepner (1986), Conte et al., (1986), Hynd et al. (1989) e Schaughency et al. (1989), por exemplo, em que foram utilizadas baterias de testes cognitivos (incluindo nomeadamente medidas de inteligência, de linguagem, tarefas de nomeação rápida, de tempos de reacção, de integração visuo-motora) não referem diferenças significativas entre os dois grupos de crianças; outros trabalhos, porém (Lahey et al., 1985; Sergeant & Scholten, 1985; Barkley, DuPaul, & McMurray, 1990) sugerem a existência de diferenças significativas quer em tarefas laboratoriais, quer em tarefas escolares de tipo cognitivo, apontando a eventualidade de se tratar de distúrbios independentes. Aparentemente o padrão de problemas de atenção e os estilos cognitivos são diferenciados, sendo as crianças ADD/+H descritas como mais imaturas, irresponsáveis, perturbadoras, barulhentas e impulsivas e as crianças DDA/-H como mais confusas, "ausentes", "perdidas nos seus próprios pensamentos" e apáticas ou letárgicas.

Alguns autores defendem que uma boa parte dos resultados contraditórios da investigação fica a dever-se a problemas metodológicos (ex. Barkley, 1990), à real impossibilidade de distinguir os dois subtipos (Rubinstein & Brown, 1984), ou ainda à possibilidade de se tratar de dois distúrbios distintos, com prevalências, desenvolvimentos e prognósticos diferenciados (ex. Szatmari, Offord, & Boyle, 1989). Outros, porém, consideram perfeitamente viável a subcategorização do DDA (Dyckman, & Ackerman, 1993; Epstein, 1991) e acusam o Comité encarregado de elaborar o DSM-III-R de ter cometido um erro capital ao esbater a diferença entre DDA/-H e DDA/+H (Epstein, 1991). Esse erro terá consequências não só ao nível da diferenciação das duas subcategorias, como também na complicada relação e diferenciação do DDA dos Problemas de Aprendizagem (DA). De facto, de acordo com Barkley, Costello e Spitzer (1989), as alterações introduzidas no DSM-III-R relacionam-se essencialmente com o facto de alguns dos membros do Comité defenderem que o DDA/-H poderia "representar um tipo de desatenção que parece associado a Problemas de Aprendizagem não-verbal (Rourke, 1989) pelo que poderia constituir um novo subtipo da categoria *Distúrbios Específicos do Desenvolvimento*. Na opinião de muitos investigadores e clínicos esta decisão representou um retrocesso, confundindo-se novamente DDA e DA, em vez de se procurar distingui-las (ex. Epstein, 1992).

Esta controvérsia - tal como referimos noutra parte deste trabalho - parece-nos resultar, por um lado, da relativa imaturidade do campo dos problemas de desenvolvimento da infância; e, por outro lado, da questionável validade do DHDA enquanto categoria diagnóstica e das suas

relações com problemas de comportamento (ex. comportamentos de oposição, não colaboração, agressividade) e de aprendizagem (que muitas vezes lhe aparecem associados). No que diz respeito à validade ecológica da distinção entre DDA/+H e DDA/-H em contexto de sala de aula) não é certamente dispicienda a semelhança de perfis entre as crianças DDA/-H e as crianças DA. Na verdade é crescente o número de trabalhos sugerindo essa semelhança (Stanford & Hynd, 1994). De particular interesse é a indicação de Lahey et al. (1987), segundo a qual crianças DDA/-H são classificados pelos professores como apresentando um rendimento escolar baixo, o que é confirmado pelo seu elevado nível de retenção (71.5%), em comparação com crianças DDA/+H (16.7%). Estes dados sugerem que as crianças hiperactivas colocarão mais exigências aos professores, dado o seu potencial perturbador de toda a aula, acabando de certa forma por "beneficiar" da necessidade absoluta do professor de ter a classe sob controlo. Eventualmente as crianças não-hiperactivas e não exigentes (ou até mesmo "letárgicas") tendem a passar mais despercebidas, mesmo que apresentem dificuldades escolares.

Num estudo publicado recentemente (Stanford & Hynd, 1994) - que reflecte bastante bem a evolução da reconceptualização do DDA/-H - são contrastados grupos de crianças DDA/+H, DDA/-H e DA ao nível da impulsividade, desatenção e isolamento social (através de cotações atribuídas por professores e pais), concluindo-se, no conjunto, que o perfil de realização das crianças DDA/-H se assemelhava mais ao grupo DA que ao grupo DDA/+H, embora alguns sintomas comportamentais parecessem mais específicos dos dois subgrupos DDA. Por outro lado, contrariamente

ao estudos anteriores que sugeriam que as crianças DDA apresentariam problemas de *manutenção da atenção* e as crianças DA de *atenção selectiva* (Ackerman, Anhalt, Dyckman, & Holcomb, 1986; Dyckman, Ackerman, Holcomb, e Bondreau, 1983), neste estudo as crianças DDA/-H e DA são descritas como mais persistentes que as DDA/+H. Estas últimas tendem igualmente a mudar mais frequentemente de tarefas, a agir sem pensar, a falar inopinadamente e em ter dificuldade em aguardar pela sua vez, o que acontece menos frequentemente nos outros dois grupos, que, mais uma vez, se assemelham mais do que se diferenciam. Curiosamente pais e professores divergem na caracterização dos grupos DDA/-H e DA no que diz respeito a "isolamento social". Embora os pais do grupo DDA/-H - tal como os professores - tendam a caracterizar os filhos como "hipoactivos, lentos e pouco enérgicos", não os consideram isolados ou tímidos, ao contrário do que sucede com os professores que fornecem cotações idênticas para o grupo DDA/-H e DA. Do nosso ponto de vista, esta constatação aproxima decisivamente os grupos em termos de perfil cognitivo e comportamental em contexto de sala de aula uma vez que, tal como é referido por Barkley (1990) as crianças DDA/-H provavelmente apresentam sobretudo problemas de memória, velocidade perceptivo-motora ou até mesmo de velocidade de processamento cognitivo central, características encontradas em crianças com problemas de realização escolar e cuja quociente intelectual oscila entre os 70 e 85 pontos de QI (Quociente Intelectual) (Hinshaw, 1992a). É pois provável que o perfil escolar seja idêntico para os dois grupos, embora fora do exigente contexto académico as crianças possam apresentar comportamentos substancialmente diferentes, nomeada-

mente ao nível do relacionamento interpessoal. Significa isto que poderá não haver qualquer contradição entre a caracterização dos professores e dos pais mas sim uma tradução real das diferenças de comportamento nos diversos contextos de vida das crianças.

Em resumo, tal como afirmam Lahey e Carlson (1992) ainda pouco se sabe acerca do DDA/-H. Embora haja alguma tendência na literatura para o considerar como distinto do DDA/+H, as suas características essenciais são pouco claras. O grupo DDA/-H tem sido descrito como mais isolado, mais "ausente" hiporeactivo e tímido mas estas características, por outro lado, aproximam-no de tal modo do perfil de muitas crianças DA que poderão mais facilmente confundir-lo com um qualquer subtipo de DA do que um subtipo de DDA. As crianças DDA/+H, por seu turno tendem a ter mais problemas de atenção, de impulsividade física e cognitiva e, de uma forma geral, a apresentar mais problemas exteriorizados. Em todo o caso, o DDA/-H, neste momento, afigura-se uma subcategoria diagnóstica de contornos muito pouco definidos (não sendo sequer claro se é fundamentalmente um "problema de comportamento", um "problema de aprendizagem" ou ambos). Contudo, em função dos dados disponíveis - nomeadamente os que referem apresentar o grupo DDA/-H um risco muito maior que o grupo DDA/+H de fracasso escolar - é interessante hipotetizar que as crianças DDA/-H poderão efectivamente ser deficitárias ao nível da atenção, enquanto as crianças DHDA, tal como refere um cada vez maior número de trabalhos, poderão não apresentar qualquer défice específico de atenção, nomeadamente ao nível da "manutenção prolongada da atenção". Embora se

trate, de momento, de um mero exercício especulativo, é no mínimo razoável admitir que a suposta (ex)subcategoria DDA/-H se enquadre mais legitimamente na categoria dos "défices de atenção" do que uma categoria - o DHDA - relativamente à qual cada vez mais são infirmados os supostos "défices de atenção".

SUBTIPOS DE DHDA COM BASE NA PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE AGRESSÃO

Um procedimento alternativo ao da constituição de subtipos de DHDA a partir da presença ou ausência de hiperactividade é a constituição de subtipos a partir da presença ou ausência de agressão associada à desatenção, impulsividade e hiperactividade. Embora seja generalizadamente aceite que essa presença (ou ausência) tem "significado clínico" (Lahey, 1987; Loney & Milich, 1982; Dyckman, & Ackerman, 1993) em certos casos a agressão tem um papel tão relevante que implica outro diagnóstico que não o de DHDA. Nesses casos é muito mais frequente o diagnóstico de Distúrbio de Oposição (Desafiante) (DO) (APA, 1987). Apparently os membros do Comité encarregado da nomenclatura do DSM-III-R ignoraram os apelos de Loney (1987) o qual tem vindo a insistir na necessidade de considerar a existência de uma subcategoria de "*Distúrbio Hiperactivo e Agressivo de Défice de Atenção*" (DHADH).

O termo "agressão" refere-se normalmente a comportamentos desafiadores, hostis, verbalmente agressivos, de oposição, não-cooperantes ou ainda de envolvimento em lutas (APA, 1987). Noutro ponto deste trabalho abordaremos com maior detalhe a relação do DHDA com o DO e com o Dis-

túrbio de Conduta (DC) (APA, 1987) que constituem, no seu conjunto, um agrupamento que no DSM-III-R é denominado "Distúrbios Disruptivos da Infância e Adolescência". De momento centrar-nos-emos no papel que a agressão desempenha nas crianças diagnosticadas como DHDA e na caracterização das diferenças relativamente às crianças que são diagnosticadas como apresentado simplesmente DHDA, diferenças essas que são consideradas por diversos autores como "importantes" (Hinshaw, 1987; McGee et al., 1984a, 1984b; Werry, 1988).

De uma forma geral as crianças DHDA+Agressão são consideradas como apresentando níveis significativamente superiores de agressões físicas e verbais, de mentiras, roubos e rejeição pelos pares do que as crianças DHDA ou do que aquelas que são puramente agressivas (Barkley, 1990; Loney, 1987; Walker, Lahey, Hynd, & Frame, 1987). Normalmente são mais desatentas, apresentam mais comportamentos "fora da tarefa" ("Off-task behaviors") e são mais imaturas (dependentes, procurando atenção de uma forma inadequada, distraíveis e inflexíveis) (Dubow, 1988; Lochman & Lampron, 1985; Pope, Bierman, & Mumma, 1991). Apresentam ainda um padrão específico de atribuição social que as leva, com uma frequência inusitada, a considerar as acções dos outros como agressivas, particularmente em situações de dúvida relativamente a essas mesmas intenções (Asher, & Dodge, 1986; Bates, Marvinney, Kelly, Dodge, Bennett, & Pettit, 1994; DeRosier, Cillesse, Coie, e Dodge, 1994; Dodge, Coie, Pettit, & Price, 1990; Lochman, & Dodge, 1994). Milich, e Dodge (1984), referem que estas crianças em situações provocatórias ambíguas diferem francamente de crianças DHDA não-agressivas, já que enquanto

estas últimas, na dúvida, intencionam positivamente o comportamento de outrem, aquelas intencionam-no negativa e agressivamente. Dado que a interpretação que os sujeitos fazem das situações constitui um preditor das expectativas do comportamento dos outros, estas crianças acabam por ter uma probabilidade acrescida de esperar, elas próprias, uma agressão contínua dos pares e de confiarem menos neles.

Milich e Dodge (1984) e Dodge, Coie, Pettit, e Price, (1990) fornecem uma interpretação cíclica para a relação entre atribuições e comportamento agressivo, de acordo com a qual uma criança agressiva, envolvida numa situação de conflito agressivo, tende a atribuir a terceiros a responsabilidade pelos resultados. Esta atribuição, confirmando a sua expectativa geral relativamente aos pares, pode levá-lo a retaliar de forma que ele considera justificada mas que os outros consideram perfeitamente arbitrária, reforçando, por consequência a ideia de que se está perante um indivíduo hostil e não-confiável e face ao qual é mais adequado avançar com atitudes defensivas ou ofensivas de carácter preventivo. Este ciclo pode configurar uma espiral autoperpetuadora de atribuições cada vez mais hostis, de comportamentos agressivos e de rejeição social. Esta dinâmica poderá explicar, pelo menos em parte, a razão pela qual estas crianças são tipicamente consideradas como mais severamente desajustadas do que crianças DHDA não-agressivas e do que crianças agressivas não-DHDA e ainda o seu prognóstico desenvolvimental mais desfavorável (McGee et al., 1984; Milich & Loney, 1979). Por outro lado, a investigação longitudinal tem evidenciado que o padrão comportamental destas crianças é relativamente

estável, iniciando-se com frequência em idades pré-escolares (Campbell, 1990; McGee, Partridge, Williams, & Silva, 1991; Richman, Stevenson, & Graham, 1982). A um padrão de desenvolvimento deste tipo, em que problemas precoces de comportamento precedem futuros distúrbios comportamentais, Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989) atribuem a designação de "tipo precoce" ("early starter"), diferenciando-o assim de um outro tipo de padrão em que os problemas de conduta não surgem antes da adolescência (Loeber, 1991). O "tipo precoce" caracteriza-se por, desde muito cedo, exibir comportamentos de oposição e hiperatividade, bem como problemas acadêmicos, sobretudo na leitura (Maughan, Gray, & Rutter, 1985; Patterson, 1986). Diversos estudos têm evidenciado que a persistência de comportamentos perturbadores é tanto mais provável quanto: (a) maior for a frequência de sintomas precoces; (b) os sintomas se verificarem em diversos contextos (em casa, na escola, etc.); (c) maior for a variedade de problemas e (d) aparecerem associados a hiperatividade (Campbell, 1991; 1994; Kelso & Stewart, 1986; Moffitt, 1990).

Um grupo substancial de estudos longitudinais e correlacionais, tem evidenciado o papel que factores como um temperamento difícil (irritabilidade, birras, baixa tolerância à frustração) aliado a outros factores de risco (como um estatuto socio-económico baixo, quociente intelectual baixo, famílias disfuncionais, etc.) desempenham na emergência precoce de comportamentos perturbadores, incluindo hiperatividade, impulsividade e agressividade e na sua estabilidade ao longo do desenvolvimento (ex. Bates, Bayles, Bennett, Ridge, & Brown, 1991; Fonseca, 1993; Sanson, Oberklaid, Pedlow, & Prior, 1991; Schonfeld,

Shaffer, O'Connor, & Portnoy, 1988; Tremblay, Masse, Peron, Leblanc, Schwartzman & Ledingham, 1992). Em particular as famílias cujo estilo educativo é de tipo "indiferente-não envolvido" (ou "negligente") constituem um factor de risco acrescido para o desenvolvimento de condutas agressivas (Maccoby, 1983). Patterson (1982; 1986) evidencia que o disfuncionamento familiar aliado a baixos níveis de envolvimento parental concorre para o desenvolvimento de "ciclos de coacção mútua", os quais se "incrustam" nos processos de interacção familiar, levando os membros da família a evitar-se. O evitamento mútuo implica que certos processos de socialização essenciais, como a resolução conjunta de problemas, raramente ocorrem nessas famílias. Este défice, por seu turno, conduz à intensificação dos padrões de coacção mútua. Este ciclo de evitamento-coacção implica finalmente que muitas vezes os pais não saibam sequer onde estão e com quem estão os filhos, o que acarreta um grave risco de condutas delinquentes posteriores. O termo "adversidade familiar" tem sido utilizado para indicar o conjunto de factores presentes na vida de uma família e que contribuem para o desenvolvimento de problemas de comportamento da infância, nomeadamente hiperactividade e agressividade (Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993; Moffitt, 1990; Sameroff, Seifer, Zax, & Barocas, 1987). Entre esses factores contam-se as características parentais (níveis educativos baixos, doenças psiquiátricas, abuso de álcool e outras drogas, criminalidade), o funcionamento da família (infelicidade conjugal, violência familiar), as condições de vida (pobreza, habitação degradada, sobrelotação da habitação) ou ainda as reacções da família a acontecimentos negativos como o divórcio ou a

perda de emprego. Embora quase todos estes factores apareçam frequentemente associados a problemas de comportamento na infância, os de maior risco parecem ser o estatuto socio-económico baixo (Rutter, Tizard, e Whitmore, 1970), família monoparental (Webster-Stratton, 1990) depressão e "stress" maternal (Campbell, 1990; Williams, Anderson, McGee, & Silva, 1990) e a exposição das crianças a conflitos e agressões conjugais (Jourilles, Murphy, & O'Leary, 1989).

Apesar da constatação da existência das referidas características familiares associadas à hiperactividade/agressão nas crianças e de que os comportamentos perturbadores dessas crianças têm um início bastante precoce, a literatura não tem explorado suficientemente essas características nem as práticas educativas dessas famílias (Spurgin-Stormont & Zentall, 1995). E no entanto, a eficácia de qualquer tipo de intervenção junto destas crianças dependerá, em última análise, do conhecimento dos factores desencadeadores do problema. Em todo o caso, é já relativamente incontroverso que crianças hiperactivas e agressivas em idade pré-escolar tendem a ter pais mais restritivos nas suas práticas educativas e a ter mães que referem mais agressões físicas e verbais *do e para com* o cônjuge, do que as crianças não-hiperactivas (Spurgin-Stormont & Zentall, 1995). Curiosamente estas diferenças só emergem claramente quando os estudos incluem grupos diferenciados de (a) hiperactivos e (b) hiperactivos com agressividade associada (ex. Moffitt, 1990; Sanson et al., 1991). Tal facto reforça eventualmente a argumentação favorável à constituição de subcategorias de DHDA em função da presença ou ausência de agressividade.

Um outro ponto que suscita hoje um amplo consenso é o de que a coexistência de comportamentos agressivos com DHDA ou com qualquer outro tipo de distúrbio exteriorizado de comportamento da infância tem sérias implicações ao nível das relações sociais do indivíduo, o qual tem uma probabilidade acrescida de realizar juízos sociais enviesados, que carece de auto-monitorização comportamental e apresenta comportamentos pró-sociais inapropriados para a idade (Milich & Dodge, 1984). Tal facto acarreta reacções de ostracismo por parte dos pares e dos adultos com quem convive o que, para além de motivar contra-reacções "exteriorizadas" conduz muitas vezes o indivíduo ao isolamento, à tristeza e à sensação de infelicidade (Pope, et al. 1991).

Parece lícito concluir que a presença ou ausência de agressividade constitui um factor a ter em conta não só em termos da descrição do comportamento de um determinado indivíduo mas também enquanto factor de prognóstico relativamente à sua provável trajectória desenvolvimental. Em particular, a associação da agressividade a outro tipo de problemas de comportamento da infância pode indiciar um desenvolvimento especialmente desfavorável. Porém, é ainda complicada e pouco pacífica a subcategorização do DHDA em função da presença ou ausência de agressividade, dado que não é claro se o DHDA+Agressividade deverá ou não constituir uma categoria ou um diagnóstico independente, nomeadamente de DO (Distúrbio de Oposição). Seja como for, a agressividade dificilmente poderá ser considerada um factor "menor" ou simplesmente "associado", quando se verifica que a sua co-ocorrência com qualquer outro tipo

de problema exteriorizado de comportamento (seja hiperatividade, desatenção, impulsividade, não colaboração, mentira, etc.,) significa, para muitos casos, um factor de risco de grande peso. E este facto terá certamente no futuro a sua importância nas alterações taxionómicas dos distúrbios de desenvolvimento da infância e adolescência.

DHDA "SITUACIONAL" E DHDA "GENERALIZADO"

Tal como temos vindo a referir, o diagnóstico de DHDA está longe de ser uma questão pacífica, revelando-se mesmo altamente controversa. Um dos pontos em torno do qual a controvérsia se mantém, é o de considerar ou não necessário - para diagnosticar o distúrbio - que este se manifeste em diversos contextos. Este é aliás um ponto que marca diferenças fundamentais na forma como este distúrbio de desenvolvimento é encarado na Europa e nos Estados Unidos. De acordo com a classificação utilizada em muitos países europeus (ICD-10 World Health Organization, 1992), é exigido, para realização do diagnóstico que os sintomas se manifestam independentemente dos contextos, assumindo pois um carácter "generalizado" ("pervasive") (Schachar, Rutter, e Smith, 1981). Nos Estados Unidos, para a maior parte dos autores e na estrutura classificatória aí utilizada (DSM-III e DSM-III-R, APA, 1980, 1987) exige-se simplesmente que os sintomas sejam diagnosticados num só contexto (normalmente em casa ou na escola).

Assumir uma ou outra das referidas posições tem consequências importantes, a primeira das quais diz respeito às taxas de incidência do distúrbio. Quando para realização do diagnóstico se considera suficiente que os sintomas

sejam verificáveis num só contexto, independentemente de o serem ou não noutros contextos ("DHDA situacional")("situational ADHD")(Achenbach & Edelbrock, 1981) chegam a ser referenciadas taxas de 30% para crianças entre os 6 e os 9 anos (Achenbach & Edelbrock, 1981) ou 16.5% para indivíduos de 10-11 anos. Contudo Schachar (1991) refere apenas 2.2% de incidência para DHDA "generalizado" ("pervasive"). Tal facto faz obviamente variar - e de forma considerável - as estimativas quanto à incidência de DHDA (DSM-III-R, APA, 1987) nos Estados Unidos e de "Síndrome Hipercinética da Infância" (ICD-10, World Health Organization, 1992) na Europa.

Rapoport, Donnelly, Zametkin, e Carrouger (1986) consideram que, no essencial, a hiperactividade generalizada é idêntica à hiperactividade situacional "escolar", o que significa que a despistagem realizada pelos professores tende a ser confirmada noutros contextos. Outros autores defendem que a hiperactividade generalizada constitui apenas uma forma mais severa de hiperactividade situacional (Bourdreault, Thivervierge, Cote, Boutin, Julien, & Bergeron, 1988; Goodman & Stevenson, 1989), visão que está de acordo com a que é expressa no DSM-III-R mas difere da de Taylor, Sandberg, Thorley, e Giles, (1991), do ICD-10 (1992) e mais recentemente, do DSM-IV (APA, 1994), cujo diagnóstico de DHDA implica o diagnóstico em diversos contextos.

É extremamente interessante verificar que da conjugação dos dados apresentados por August e Garfinkel (1989), McArdle, O'Brien, e Kolvin, (1995) e Yu-cun, Yu-feng, e Xiao-ling (1985)(com crianças chinesas) se conclui que a hiperactividade situacional diagnosticada na escola

(cujas taxas de incidência oscilam entre os 5 e os 10%) sofre muito poucas ou nenhuma alterações desenvolvimentais enquanto a hiperactividade situacional diagnosticada em casa sofre uma diminuição (pelo menos dos 7-8 para os 12-13 anos) da ordem dos 30%. Tal facto pode significar uma verdadeira alteração das características das crianças, que os pais - por menor conhecimento das alterações normais de desenvolvimento - têm mais dificuldade em perceber, ou algum enviesamento das suas percepções, já que são de facto mais "absorvidos" ou até mais expostos ao contacto com os filhos enquanto estes são pequenos, sendo natural que encarem mais negativamente a sua "energia motora" (McArdle, O'Brien, & Kolvin, 1995). Ou então poderemos ainda considerar a hipótese de os professores serem de facto observadores "competentes", dado o conhecimento que a experiência lhes vai dando de normas de desenvolvimento com as quais podem comparar constantemente todos os seus alunos (Rapoport et al., 1986).

No conjunto, os estudos desenvolvimentais sobre hiperactividade situacional e hiperactividade generalizada tendem a evidenciar que a relativa predominância de rapazes com hiperactividade generalizada e a ligação deste subtipo de hiperactividade ao "distúrbio de conduta" só parece ser verdadeira para crianças mais velhas. Por outro lado, a distinção entre hiperactividade generalizada e hiperactividade situacional "escolar" parece igualmente ter menos relevo diagnóstico para as crianças mais novas. De igual modo, para este grupo, o diagnóstico de hiperactividade na escola parece ser bastante mais representativo de uma hiperactividade "real" do que para o diagnóstico realizado a partir das afirmações dos pais (pelas razões

aduzidas anteriormente). Daí que a hiperactividade referenciada em casa atinja números muito superiores para as crianças mais novas, enquanto que a hiperactividade referenciada na escola mantenha uma assinalável estabilidade (McArdle et al., 1995). Daqui resulta, por consequência, que a referenciação de hiperactividade em casa e na escola ganha tanto mais significado (ou seja, é tanto mais grave) quanto mais velho for o indivíduo, até porque, de uma forma geral, isso indicia que o problema terá já uma existência prolongada.

Em resumo, embora a literatura especializada não seja particularmente clara quanto à utilidade do estabelecimento de subtipos de DHDA, parece útil manter os conceitos de hiperactividade "situacional" versus "generalizada" embora tendo fundamentalmente em vista a avaliação da severidade do problema e não tanto a sua subcategorização. Por outro lado, dadas as modestas taxas de concordância pais/professores na referenciação de crianças hiperactivas e tendo em conta o que se sabe quanto ao conhecimento de uns e outros no que diz respeito a normas desenvolvimentais, a opinião dos professores afigura-se francamente mais fiável que a dos pais (Barkley, 1990; McArdle et al., 1995; DuPaul & Stoner, 1994; Rapoport et al., 1986).

SUBTIPOS DE DHDA A PARTIR DAS REALIZAÇÕES ACADÉMICAS

A elevada co-morbilidade entre DHDA e Problemas de Aprendizagem, que em amostras de alguns estudos chega a

atingir os 60%, torna óbvia a tentativa de constituição de subtipos de DHDA a partir das realizações acadêmicas (DuPaul e Stoner, 1994). Para além desta razão "óbvia", há duas outras razões não negligenciáveis:

(a) em primeiro lugar, a subdivisão com base nos défices de aprendizagem pode ajudar a determinar os mecanismos subjacentes aos problemas cognitivos e comportamentais destas crianças (DuPaul e Stoner, 1994). Dado que quer o grupo DHDA quer o grupo PA são comprovadamente mais heterogêneos que homogêneos, pelo menos no que à sala de aula diz respeito, será eventualmente mais produtivo explorar a hipótese da existência de características, etiologias e desenvolvimentos diferentes para diferentes subtipos de DHDA e de PA, evitando a noção de uma "causalidade única" para todas as crianças de cada um dos grupos (DHDA ou PA) (Hinshaw, 1992a; Rourke, 1988, 1989, 1991a, 1991b) (por exemplo, os factores que estão na origem de DHDA+Dificuldades de Leitura poderão ser diferentes dos que originam DHDA/sem Dificuldades de Leitura [Felton, Wood, 1989; Felton, Wood, Brown, Campbell, & Harter, 1987])

(2) uma segunda razão que justifica os esforços de subcategorização em torno dos défices escolares prende-se com a possibilidade de os resultados a longo prazo serem diferentes para os diversos subgrupos. Assim, o grupo comórbido tem sido referenciado em diversos estudos como apresentando risco superior de manutenção e agravamento dos défices ao de qualquer dos outros grupos sem condição comórbida (Beitchman, Wekerle, & Wood, 1987; Felton et. al., 1987). Contudo, trata-se apenas de uma hipótese, dado que não há ainda estudos longitudinais suficientemente

credíveis nesta área (DuPaul & Stoner, 1994). Contudo, a analogia com os problemas de desenvolvimento da infância (em geral), relativamente aos quais se sabe que a comorbilidade empobrece o prognóstico, torna a hipótese aceitável.

Diversos estudos têm evidenciado que as crianças DHDA+DA apresentam características diferentes das que são unicamente DHDA ou DA. August e Garfinkel (1990) consideram-nas "duplamente deficitárias", porque, segundo referem, enquanto as crianças DA têm tipicamente dificuldades em tarefas que exigem "processamento automático" (ex. nomeação rápida de objectos), e as crianças DHDA nas que exigem processamento prolongado e extensivo, as crianças DHDA+DA apresentam problemas em ambas. Estas últimas têm ainda um risco acrescido de exibir ansiedade de separação (Dyckman & Ackerman, 1991) e rejeição social (Flicek, 1992), relativamente a qualquer um dos outros grupos que só apresenta um dos problemas.

Apesar dos argumentos apresentados, não se pode ainda dar por adquirida a validade dos subtipos referidos. Por um lado, o argumento de que os subgrupos são efectivamente diferentes em medidas de QI ou de testes de realização académica não é suficiente dado que, nos estudos que o constata, os subgrupos foram constituídos precisamente a partir dessas dimensões pelo que surpresa seria que as diferenças não emergissem. Por outro lado, a não ser em casos isolados (como é o caso do citado estudo de Flicek, 1992), os investigadores são cautelosos quanto a diferenças quantitativas e qualitativas em termos de comportamento nos diferentes subtipos (August & Garfinkel, 1989; Dyckman & Ackerman, 1992, Halperin, Gittelman, Klein, &

Rudel, 1984). Finalmente as crianças do grupo comórbido não diferem das DHDA em resposta à medicação estimulante (Dyckman & Ackerman, 1992, Halperin, Gittelman, Klein, & Rudel, 1984).

Em resumo, a investigação tende a considerar que as crianças DHDA são fortes candidatas a problemas de aprendizagem e, como tal, o grupo DHDA é de alguma forma assimilável ao grupo DHDA+PA, embora seja inegável a existência de crianças hiperactivas sem problemas de aprendizagem. Tudo indica, porém, que poderão ser uma minoria. Assim, embora os esforços de subcategorização do DHDA em função das realizações escolares sejam de grande interesse para todos quantos estão implicados no processo educativo - até porque se trata de um tipo de subcategorização que os educadores estarão em melhores condições de entender do que as resultantes de tipologias de cariz psiquiátrico - de momento ainda não existe evidência suficiente quanto às diferenças de subtipos quer no que diz respeito às causas, à evolução provável ou aos resultados a longo prazo.

CAPÍTULO 4

DISTÚRPIO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Até este ponto do trabalho tivemos como preocupação essencial evidenciar aquilo que o Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção (APA, 1987) ou Síndrome Hipercinética da Infância (World Health Organization, 1990) ou mais simplesmente, na linguagem de muitos autores, a Hiperactividade (ex. McArdle et al., 1995) é. No entanto, a realização do diagnóstico do DHDA implica um processo complementar da caracterização do problema, que consiste em o diferenciar de outro tipo de problemas que potencialmente com ele se confundem. Este processo recebe a denominação de "diagnóstico diferencial" (Barkley, 1990). Não desejaríamos utilizar aqui linguagem demasiado "clínica" já que o nosso objectivo é fundamentalmente educacional e já que pretendemos situar o mais possível o problema *em contexto escolar*. Contudo, cremos que o conceito de "diagnóstico diferencial" é suficientemente divulgado e claro, mesmo junto de uma parte importante da comunidade educativa (psicólogos escolares, professores especializados de edu-

cação especial, etc), para que se recomende a sua utilização.

No procedimento diagnóstico de problemas de desenvolvimento da infância e da adolescência utiliza-se com frequência as noções de "distúrbio primário" e "distúrbios(s) secundário(s)" de forma a estabelecer uma "hierarquia de severidade" de problemas, quando eles coexistem e obrigam a diagnósticos diferenciais mais complexos. No caso do DHDA e das suas manifestações em contexto escolar, há questões delicadas e controversas de diagnóstico diferencial, que o transformam por vezes num "jogo de impressões", quando não mesmo de "palpite ao acaso" (McBurnett et al., 1993). Existe aliás um conjunto apreciável de trabalhos dedicado à sobrevalorização de sintomas "normais" por parte de muitos psicólogos escolares (Campbell, 1989; Mesquita, 1992; Gouvier, Uddo-Crane, & Brown, 1988). Nesses trabalhos evidencia-se a tendência desses psicólogos para assumir como verdadeira a relação inexistente entre determinados sintomas e diagnósticos específicos ("correlação ilusória" [Chapman & Chapman, 1975; Gnys, Willis, & Faust, 1995]).

No contexto de sala de aula colocam-se problemas muito específicos de diagnóstico diferencial dado o facto de poder haver manifestações comportamentais com causas diversas, logo sujeitas a diagnósticos e intervenções igualmente diversos. Pode por exemplo acontecer que uma criança desatenta, impulsiva e irrequieta, o seja como reacção à frustração que sente face aos seus problemas de realização escolar. Se por acaso se verificar que os problemas são particularmente acentuados quando o sujeito tem que enfrentar tarefas nas áreas em que é especialmente

fraco é de encarar a hipótese de o problema *primário* ser o rendimento escolar sendo os outros *secundários*. Porém, no caso de os problemas se terem iniciado muito mais cedo e se manifestarem igualmente noutros contextos, provavelmente o diagnóstico seria o de DHDA com problemas escolares associados.

Creemos que o DHDA é particularmente vulnerável ao fenómeno da "correlação ilusória" (Chapman & Chapman, 1975). De facto as sucessivas revisões de critérios diagnósticos, a multiplicidade de métodos e instrumentos de avaliação sugeridos (que vão desde métodos electrónicos de avaliação da atenção, a critérios mais ou menos subjectivos de avaliação do "tempo na tarefa"; métodos e instrumentos que são aplicáveis na escola, em casa e/ ou nos laboratórios, etc, etc.) ou as intrincadas relações do DHDA com as Problemas de Aprendizagem (por exemplo), deixam mais dúvidas do que certezas quanto ao que é "real" e ao que é "ilusório".

Seja como for, é indispensável, para realizar diagnósticos diferenciais válidos, ter conhecimento dos problemas ou distúrbios de desenvolvimento que com maior probabilidade coexistem ou se assemelham com o DHDA, até porque a sua interacção potencia cada um desses distúrbios ou problemas, podendo daí resultar num padrão desenvolvimental diferente com resultados a prazo diferentes (normalmente mais negativos) (Hinshaw, 1987). Assim, nesta secção serão abordados os distúrbios que mais frequentemente co-ocorrem com o DHDA, sobretudo em sala de aula, contexto que, como temos vindo a referir, privilegiamos neste estudo.

Gostaríamos de realçar desde já, que sendo tão complexos os problemas de classificação nesta área, as questões do diagnóstico diferencial parecem-nos assumir um enorme relevo. É de resto objectivo deste trabalho, no seu conjunto, avaliar o funcionamento de diversos grupos de crianças (incluindo crianças normais, DHDA, DO, PA e cómorbidas) numa das "áreas centrais" e "especificamente deficitárias" (pelo menos uma boa parte da literatura insiste em referenciá-lo [Faraone, Biederman, Sprich-Buckminster & Chen, 1993; Hocutt, McKinney, & Montague, 1993; McBurnett et al., 1993; McKinney et al., 1993a; McKinney et al., 1993b; Swanson, McBurnett, Wigal, Pfiffner, Lerner, Williams, Christian, Tamm, Willcut, Crowley, Clevenger, Khouzam, Woo, Crinella, & Fisher, 1993; Zentall, 1993]) das crianças DHDA: *a manutenção prolongada da atenção*. Daí, aliás, a designação do distúrbio. Será pois exigível, para o diagnóstico de DHDA, que o indivíduo apresente níveis de manutenção prolongada de atenção significativamente inferiores aos de crianças normais da mesma idade (para além, naturalmente dos outros critérios exigidos para realização do diagnóstico) e é igualmente exigível que nesse particular se diferencie de uma qualquer maneira dos grupos diagnósticos com que eventualmente se confunde. Reafirmar este ponto parece-nos indispensável, uma vez que se trata daquilo que é considerado como mais básico, essencial e específico do distúrbio e não de um qualquer "problema associado" ou de um sintoma de importância secundária que eventualmente co-ocorre com o distúrbio.

Há naturalmente outros pontos de diagnóstico e de diagnóstico diferencial a resolver (iremos referi-los, de

resto). Porém, dado o conjunto de trabalhos aparecido nestes últimos anos, que contraria a perspectiva "clássica" de que a desatenção constitui um "défice central" do DHDA (ex. Barkley, 1994; Douglas, 1988, 1994; Halperin, O'Brien, Newcorn, & Helsey, 1990) insistimos na ideia de que ou os défices realmente existem e a designação logicamente deverá manter-se, ou não existem e deverá proceder-se a uma reconceptualização do distúrbio e à atribuição de nova designação.

Os problemas de desenvolvimento a abordar neste capítulo são, por um lado, (1) os Distúrbios Disruptivos de Comportamento (APA, 1987) (ou Distúrbios Exteriorizados de Comportamento - Campbell, 1990; Hinshaw, 1992a), incluindo o Distúrbio de Oposição Desafiante (DO) (APA, 1987) e o Distúrbio de Conduta (DC) (APA, 1987) e por outro (2) os Problemas de Aprendizagem Escolar. De acordo com Barkley (1982; 1987; 1990) a grande controvérsia relativa ao diagnóstico diferencial do DDA no decurso dos últimos 15 anos (o que significa que a questão não está totalmente esclarecida) tem consistido precisamente em saber se o DDA constitui um distúrbio separável do DO, do DC e dos PAs.

Distúrbios disruptivos de comportamento/distúrbios exteriorizados de comportamento. Na literatura especializada a designação "Distúrbios Exteriorizados de Comportamento" (DEC) (ou "Distúrbios Disruptivos de Comportamento" de acordo com a denominação do DSM-III-R [APA, 1987]) aplica-se normalmente a um conjunto de problemas ligados à impulsividade, desafio, perturbação, desatenção, hiperactividade e a diversos comportamentos anti-sociais (Camp-

bell, 1990). Estes comportamentos são psicometricamente separáveis das denominadas "tendências interiorizadas" (ou "distúrbios interiorizados" [Campbell, 1990]) que incluem traços como a depressão, isolamento, queixas somáticas, ansiedade, etc. Esta separação, para além de ser desenvolvida a partir da natureza dos traços, resulta também do facto de se saber que os distúrbios exteriorizados são mais persistentes e mais refractários à intervenção (como a sub-realização académica, aliás) (Kazdin, 1987; Loeber, 1990; Robins, 1992; Weiner, 1982).

Embora se saiba que os diversos tipos de problemas incluídos na categoria "problemas exteriorizados de comportamento" partilham muitos traços comuns, tem sido possível, apesar de toda a controvérsia, estabelecer subagrupamentos específicos. Existe já considerável evidência empírica de que a (1) *desatenção* e a *impulsividade* são dimensões diferenciáveis (2) dos *comportamentos anti-sociais, desafiadores e agressivos*, quer do ponto de vista de critérios internos (estruturas factoriais diferentes) quer do ponto de vista de critérios externos (etiologias, estruturas familiares, desenvolvimento e prognósticos diferentes) (Hinshaw, 1987, 1992a). Esta subdivisão tem-se reflectido na constituição de diferentes categorias diagnósticas de Distúrbios Exteriorizados de Comportamento (como já referimos anteriormente). Assim, a desatenção, a impulsividade e hiperactividade têm sido considerados como característicos da categoria DHDA (ou simplesmente Hiperactividade, designação mais utilizada na Europa), e os comportamentos desafiadores, agressivos e anti-sociais (incluindo roubos, assaltos, agressões físicas, mentiras, etc) de duas outras categorias: o Distúrbio de Oposição e

o Distúrbio de Conduta. Estes últimos, apesar da considerável sobreposição com o DHDA (Abikoff e Klein, 1992; Hinshaw, 1987; Milich, Widiger, e Landau, 1987; Waldman, e Lillienfeld, 1991) representam problemas mais severos, persistentes e socialmente mais indesejáveis.

DISTÚRBIO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO E DISTÚRBIO DE OPOSIÇÃO

De acordo com a maior parte dos trabalhos publicados, existe uma grande sobreposição entre o DHDA e o Distúrbio de Oposição (DO) a qual (dependendo das amostras) poderá atingir mais de 65% dos casos (Barkley, 1990), sendo muito superior à sobreposição DHDA/Distúrbio de Conduta (DC) (Pelham, Evans, Gnany, e Greenslade, 1992).

O DO, enquanto "distúrbio", é, para os educadores e professores, de alguma forma difícil de identificar, porque aquilo que o caracteriza é fundamentalmente uma diferença de "nível" e não de "qualidade" relativamente a comportamentos desenvolvimentalmente normais. Ou, mais apropriadamente, a persistência em certas idades de comportamentos típicos de indivíduos mais novos (Kuczynski, Kochanska, Radle-Yarrow, & Girnius-Brown, 1987; Patterson, & Forgatch, 1985; Sobol, Ashbourne, Earn, & Cunningham, 1989). O comportamento de oposição ou a recusa em aceder aos pedidos dos pais (sobretudo quando estes são ineficazes na utilização da disciplina) é característico de crianças em idade pré-escolar, as quais têm oportunidade, no contexto familiar, de experimentar o seu "poder" e de aprender os seus limites no confronto com a autoridade

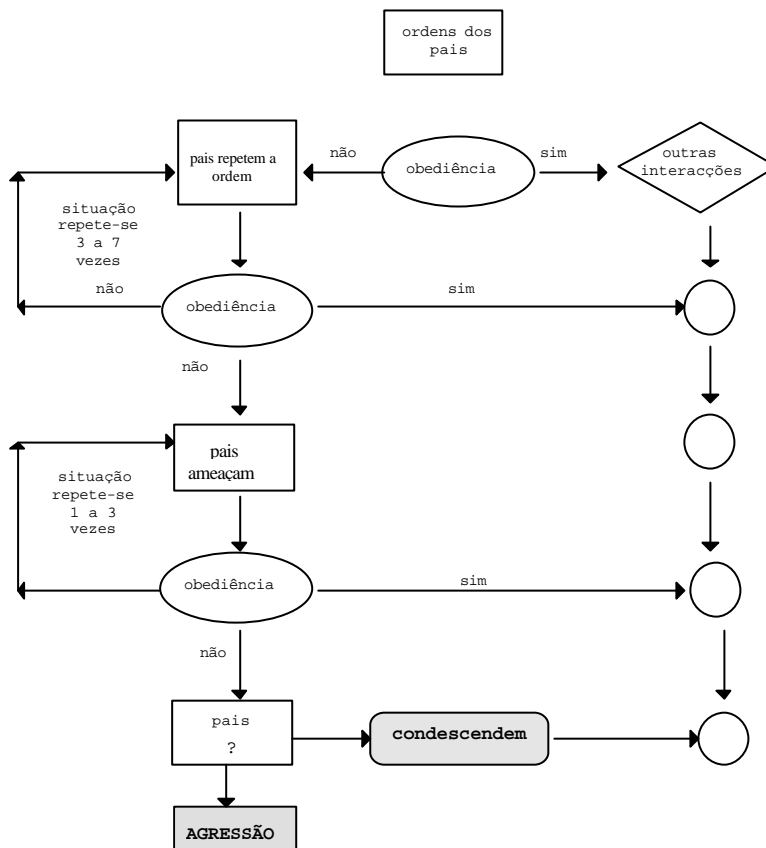
parental (Maccoby, 1983). Estes comportamentos, normais no processo de crescimento e de desenvolvimento, não podem obviamente ser encarados como um DO, nem como um indício de que o indivíduo poderá vir a desenvolver um padrão mais sistemático e recorrente de comportamentos de oposição, enquadráveis nessa categoria. Porém, o prolongamento deste tipo de comportamentos muito para além da idade pré-escolar, poderá revelar-se preocupante, porque passa a inserir-se num padrão recorrente de comportamentos negativistas, hostis e Desafiadores que se tornaram desenvolvimentalmente estáveis (DSM-III-R, APA, 1987).

Este padrão parece desenvolver-se no quadro de um estilo de educação parental "permissivo" em que os pais assumem uma atitude tolerante e de aceitação face aos impulsos das crianças, mesmo aos impulsos sexuais ou agressivos; que raramente utilizam a punição e evitam, sempre que possível, exercer a autoridade ou impor controlos ou restrições; que fazem poucas exigências relativamente a um comportamento maturo (e.g. relativamente ao modo de estar ou à realização de tarefas); que permitem que as crianças auto-regulem o comportamento e que, sempre que possível, tomem as suas próprias decisões; e que impõem poucas regras no que concerne aos horários da criança (hora de ir para a cama, horas de refeições, horas para ver televisão) (La Greca & Silverman, 1993; Maccoby, 1983, 1992; Shaw & Bell, 1993). A diminuição da autoridade parental, torna-se mais grave com o passar do tempo e com a "cristalização" de procedimentos em que a "pirâmide de poder" se revela por vezes invertida e que degenera, com uma invulgar frequência, em recontros agressivos. Barkley (1987) apresenta um interessante diagrama dos possíveis

resultados das interações pais-filhos numa situação de "ordem-obediência" (figura 4.1.). A dificuldade que os pais têm em impor uma disciplina eficaz, acarreta com frequência, para além dos já referidos comportamentos desafiadores e de oposição, que os indivíduos apresentem um humor "irritado" e sejam muito sensíveis e reactivos, que os parece aproximar de um quadro depressivo (Barkley, 1990). Dependendo dos casos, os indivíduos poderão ser essencialmente (a) desafiadores, argumentativos e resistentes aos pedidos dos outros ou (b) negativistas, hostis e "irritados" (deprimidos), representando a sua combinação as maiores dificuldades em termos de desenvolvimento.

Certamente um dos problemas de mais difícil resolução em psicopatologia do desenvolvimento da infância é o das "fronteiras" dos distúrbios ou, dito de outra forma, o "nível" a partir do qual aquilo que seria considerado uma normal vicissitude do processo de desenvolvimento, passa a ser considerado um "distúrbio" (isto sem falar do "tipo específico de problema de que se trata", questão directamente relacionada com os diagnósticos diferenciais). Edelson (1989) apresenta um interessante modelo de desenvolvimento dos problemas de conduta da infância que ajuda a perceber a evolução dos comportamentos de oposição e como podem inclusivamente evoluir para formas mais graves de condutas anti-sociais.

Figura 4.1. - Sequências possíveis de interacção no decurso de uma situação de "ordem-obediência" (adaptado de Barkley, 1987)



De acordo com esse modelo em quatro "estádios", as crianças em idade pré-escolar, que já são consideradas mais "difíceis", são mais argumentativas (que os pares), exigem muita atenção e são muito desobedientes em casa, particularmente com as mães (embora o possam ser também com os pais). Estes comportamentos ocorrem fundamentalmente em casa (mais raramente na escola) e com pessoas que a criança conhece bem, podendo por isso não ser detectáveis em contexto "clínico" nem na escola (dependendo muito do estilo educativo do professor/a). Posteriormente, num segundo estágio de evolução, para além destes comportamen-

tos poderão surgir outros, incluindo já a desobediência na escola, lutas, problemas de relacionamento com os pares, mentiras, batota, etc. Num terceiro estágio, que poderá constituir um critério de diagnóstico diferencial para Distúrbio de Conduta, podem aparecer comportamentos destrutivos, ameaças e ataques a pessoas, roubos em casa, etc. Finalmente no quarto estágio poderão emergir condutas mais graves como vandalismo, fugas, utilização de álcool/drogas, roubos fora de casa, etc.

O quadro desenvolvimental fornecido por Edelbrock permite, em termos de diagnóstico diferencial, situar o DHDA como um padrão comportamental "menos grave" e em que as dificuldades da criança em seguir regras e instruções radica em défices de auto-regulação comportamental (Barkley, 1994), de origem desconhecida (embora supostamente interna). Não se trata pois de uma oposição "activa", "desafiadora" ou "hostil". Esta última tipifica os casos de Distúrbio de Oposição, o qual parece constituir essencialmente um padrão de humor ou temperamento negativo, conjugado com um padrão aprendido de oposição a outrem (Barkley, 1990; Taylor, 1986; Werry, Reeves, & Elkind, 1987). Este padrão, segundo tudo indica, está sobretudo ligado a um determinado estilo de educação parental, em que as dificuldades de imposição da disciplina e a falta de envolvimento parental nas actividades dos filhos se evidenciam (Buss, 1981; Capaldi, & Patterson, 1991; Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ & Hanson, 1992; Maccoby, 1992). Da mesma forma, alguns estudos demonstram que pais deprimidos têm uma maior probabilidade de ter filhos com comportamentos de oposição e desafio, precisamente por falta de energia e disponibilidade para o envol-

vimento com os filhos (Billings & Moos, 1983; Griest, Forehand, Wells, & McMahon, 1980). Verifica-se ainda, nestas famílias, uma elevada incidência de conflitos conjugais e de problemas emocionais e de uma forma geral, níveis socio-económicos mais baixos do que nas crianças DHDA (Forehand & Atkeson, 1977; Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982; Werry et al., 1987). Barkley (1987) considera que a não-cedência e a oposição são os produtos mais óbvios dos processos sociais que se desenvolvem no seio das famílias em que os pais são incapazes de evitar a violação das suas ordens e, por consequência, de as fazer cumprir (Forehand & MacMahon, 1981; Patterson, 1976, 1982). A repetição deste tipo de situação acaba por ter como consequência que são as próprias ordens dos pais as principais desencadeadoras dos comportamentos de oposição (Barkley, 1987). Daí decorre igualmente a sincera surpresa, muitas vezes a incredulidade, de alguns pais, quando o professor/a afirma que, na classe, a criança não levanta qualquer problema. Tal facto, porém, representa apenas a diferença de estilos de gestão comportamental, a qual se pode traduzir numa acentuada diferença de comportamentos das crianças.

Muitos dos problemas associados ao DHDA aparecem igualmente nas crianças DO, à medida que vão crescendo. A literatura referencia consistentemente a baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração, acessos de mau-humor, dificuldades nas relações com os pares e problemas de realização escolar como problemas frequentes (Barkley, 1990; Frick, Kamphaus, Lahey, Loeber, Christ, Hart, & Tannenbaum, 1991). Referenciando-nos ainda ao modelo de Edelbrock (1989), deve acentuar-se que uma larga percentagem

(pode atingir os 60%) de indivíduos que tenha mantido até à adolescência os problemas que temos vindo a referenciar, pode evoluir para condutas ainda mais graves, nomeadamente consumo precoce de álcool e outras drogas e comportamentos anti-sociais de diversos tipos, configurando um padrão comportamental de Distúrbio de Conduta (Patterson, 1982).

O quadro 4.1. ilustra o tipo de problemas que constituem critérios diagnósticos de DO no DSM-III-R (APA, 1987).

Quadro 4.1. - Critérios diagnósticos do DSM-III-R para Distúrbio de Oposição

A. Distúrbio que se prolonga há pelo menos 5 meses, durante os quais se verificaram pelo menos 5 dos seguintes sintomas:

1. Perde a paciência
2. Discute com os adultos
3. Recusa ou desafia activamente os pedidos ou regras dos adultos (ex. recusa realizar tarefas em casa)
4. Faz coisas que aborrecem os outros
5. Culpa os outros pelos seus próprios erros
6. É sensível ou aborrece-se com os outros
7. Zanga-se e é ressentido
8. É rancoroso ou vingativo
9. Pragueja ou usa linguagem obscena

B. Não preenche os critérios para Distúrbio de Conduta, e os problemas não ocorrem no decurso de Distúrbio Psicótico, Distímia, ou episódio Depressivo, Hipomaníaco ou Maníaco

Adaptado de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases*. (3rd Ed. Revue), American Psychiatric Association, 1987.

Estes critérios não sofreram qualquer alteração especial no DSM-IV (APA, 1994), com excepção da exclusão do último item, passando a exigir-se apenas a presença de 4 sintomas para realização do diagnóstico.

Não deixa de causar alguma surpresa que o Distúrbio de Oposição, relativamente ao qual é possível traçar um quadro suficientemente definido, com significado clínico, com uma etiologia bastante mais clara que o DHDA e (por isso mesmo) em que é possível assegurar - pelo menos numa parte dos casos - eficácia de intervenção (Barkley, 1987), seja estudado apenas por referência ao DHDA ou ao Distúrbio de Conduta. Há sem dúvida muitos trabalhos publicados sobre traços característicos de indivíduos DO mas, enquanto distúrbio, ele é tipicamente estudado por referência aos outros distúrbios exteriorizados de comportamento da infância. E, mesmo nesta última condição, os trabalhos são escassos.

Waldman e Lilienfeld (1991), contrariando o sensível desinteresse dos investigadores pela distinção Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção/Distúrbio de Oposição, realizaram um dos mais interessantes e aprofundados estudos até hoje realizados sobre esta matéria. Far-lhe-emos uma referência relativamente pormenorizada não só pela sua "raridade" mas também porque no nosso próprio trabalho seguimos um procedimento semelhante para avaliar a eficiência dos sintomas de DHDA e DO para o diagnóstico diferencial dos dois distúrbios na amostra que utilizámos.

Waldman e Lilienfeld utilizaram - relativamente ao DHDA e DO um procedimento idêntico ao seguido por Milich, Widiger, e Landau (1987) para o Distúrbio de Conduta/Distúrbio de Défice de Atenção. Assim, partiram de quatro índices considerados particularmente úteis para o diagnóstico e diagnóstico diferencial de um distúrbio: (a) **sensibilidade**; (b) **especificidade**; (c) **poder preditivo positivo**; e (d) **poder preditivo negativo**.

- (a) a **sensibilidade (SEN)** é a probabilidade condicionada de presença de um sintoma dada a presença do distúrbio.
- (b) a **especificidade (ESP)** é a probabilidade condicionada de ausência de um sintoma dada a ausência do distúrbio.
- (c) o **poder preditivo positivo (PPP)** é a probabilidade condicionada de presença de um diagnóstico (distúrbio) dada a presença de um sintoma.
- (d) o **poder preditivo negativo (PPN)** é a probabilidade condicionada de ausência de um diagnóstico (distúrbio) dada a ausência de um sintoma.

Os dois primeiros índices, embora úteis, não fornecem, ao contrário dos dois últimos, informação relevante para o processo de tomada de decisão diagnóstica (Milich, et al., 1987; Widiger, Hurt, Frances, Clarkin, & Gilmore, 1984). O PPP e o PPN fornecem a probabilidade do diagnóstico a partir de um sintoma ou conjunto de sintomas e são afectados pelos níveis de incidência do distúrbio numa determinada amostra, o que tem como consequência que o PPP e PPN podem variar grandemente de amostra para amostra (Baldessarini, Finkelstein, & Arrana, 1983). Isto constitui uma potencial vantagem porque reflecte as mudanças na eficácia do diagnóstico resultantes das variações da incidência do distúrbio. Assim, um sintoma pode ter uma elevada sensibilidade e especificidade e um poder preditivo positivo e um poder preditivo negativo baixos numa amostra com uma baixa taxa de incidência do distúrbio (Waldman & Lilienfeld, 1991).

Waldman e Lilienfeld utilizaram uma amostra de 105 crianças de idades compreendidas entre os 8-12 anos fre-

quentando escolas do ensino regular (públicas e privadas), tendo estabelecido os grupos DHDA e DO a partir dos critérios diagnósticos do DSM-III-R, tendo sido as escalas preenchidas pelos professores. Os resultados apontam para uma considerável sobreposição do DHDA e do DO, de acordo, aliás, com o esperado (Hinshaw, 1987). Os PPPs e os PPNs foram para esta amostra substancialmente superiores aos de Milich et al. (1987), o que os autores atribuem ao facto de terem utilizado escalas para professores, que consideram uma melhor fonte de informação sobre problemas de comportamento da infância do que os pais (utilizados no estudo de Milich et al.). Por outro lado, verifica-se que os sintomas de DHDA e DO são particularmente úteis para os seus diagnósticos experimentais (o que não se verifica no estudo de Milich et al.) e que alguns sintomas de DHDA e DO são bastante úteis para o diagnóstico experimental do outro distúrbio (tal como o verificado por Milich et al.) e podem funcionar quer como critério de inclusão quer como critério de exclusão.

No conjunto, os resultados parecem indicar que o DHDA e o DO são de facto entidades dificilmente separáveis. Assim o demonstram - nesta amostra - quer a probabilidade de diagnóstico de DHDA dada a presença de DO (ou seja o PPP de DHDA dado DO) (.67), quer a probabilidade de diagnóstico de DO, dada a presença de DHDA (ou seja o PPP de DO dado DHDA) (.50). Por outro lado, parece que os professores tenderão a considerar o DO não como uma entidade claramente independente do DHDA mas sim uma exibição mais severa de comportamentos do mesmo tipo. Isto é, de acordo com estes resultados, será maior a probabilidade de um indivíduo DO ser diagnosticado DHDA do que o contrário.

Em resumo, tudo indica que o DHDA e o DO são entidades mais parecidas do que diferentes e que a sua sobreposição, no quadro dos 3 "distúrbios exteriorizados de comportamento" (DHDA, DO, DC) é a mais frequente (Pelham et al., 1992). Em função dos dados disponíveis, não será demasiado arriscado afirmar que a questão do diagnóstico diferencial DHDA/DO (e até DC) poderá vir a passar por uma reconceptualização e reordenamento das categorias integrantes dos denominados "distúrbios exteriorizados de comportamento". No entanto há que reconhecer que não existem soluções fáceis para esta questão e que muito provavelmente os consensos terão que ser alcançados paulatinamente, o que não é dramático, atendendo a que a psicopatologia do desenvolvimento é uma área extremamente recente da psicologia.

DISTÚRBIO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO E DISTÚRBIO DE CONDUITA

O Distúrbio de Conduta (DO), identificado no DSM-III-R (APA, 1987), juntamente com o DHDA e o DO como um dos "distúrbios exteriorizados (ou disruptivos) de comportamento", refere-se a um padrão persistente de conduta com violação dos direitos básicos dos outros, bem como das normas e regras sociais esperadas para uma determinada idade. Um dos problemas mais sérios do DC é o seu carácter "generalizado". Pode manifestar-se em casa, na escola, ou na comunidade e em muitos casos independentemente das figuras de autoridade presentes. A manifestação de agressi-

vidade verbal e sobretudo física é muito mais frequente do que no DO ou no DHDA, muitas vezes em resposta a supostas provocações de intensidade mínima, ou "provocações simplesmente fantasiadas" ou ainda como ataques "preventivos" sem razão aparente (Frick, Lahey, Hartdagen, & Hynd, 1989; Frick et al., 1992; Kazdin, 1987; Lahey, Hartdagen, Frick, McBurnett, Connor, & Hynd, 1988). Estas manifestações de agressividade degeneram por vezes em actos de destruição e vandalismo, assaltos, "vadiagem", fugas de casa (Barkley, 1990), complementados com mentiras sistemáticas para encobrimento dessas acções (Edelbrock, 1989).

Dos problemas que mais frequentemente aparecem associados ao DC, alguns são também típicos do DHDA mas outros só aparecerão em casos mais severos de DHDA com possibilidades de evolução para DC. Entre os primeiros contam-se o insucesso escolar e um número anormalmente elevado de suspensões e expulsões da escola (e mesmo estes mais numerosos que no DHDA); entre os últimos incluem-se o consumo precoce de tabaco, álcool e outras drogas, actividade sexual precoce e gravidezes precoces e indesejadas (Frick et al., 1989; Lahey et al., 1988). Por outro lado, é muito relevante o facto de na adolescência o risco suicidário ser muito elevado entre os adolescentes DC (Barkley, 1990), o que, como dissemos anteriormente, alerta para divisões demasiados simplistas entre distúrbios exteriorizados e distúrbios interiorizados (Hinshaw, 1992a; Puig-Antich, 1982).

A possibilidade de o DHDA e o DO serem, em determinados casos, precursores de DC levanta óbvios problemas de diagnóstico diferencial, tanto mais delicados quanto mais novo for o indivíduo. Embora muitos dos comportamentos

descritos acima só apareçam na adolescência, o início do DC pode verificar-se entre os 6-8 anos (a idade média de início para as raparigas parece ser mais tardio [Weiner, 1982]) (Barkley, Fischer, Edelbrock, e Smallish (1990) e ser precedido por DO ou com ele coexistir (Barkley, 1990). Os casos de DO que evoluem para DC têm, segundo alguns autores, maiores probabilidades de se verificar em famílias em que o envolvimento dos pais com os filhos e a monitorização das suas actividades é particularmente baixo (Patterson, 1982). Outros, porém, consideram que é a combinação de DHDA com DO que aumenta essa probabilidade (Tremblay et al., 1992). Em todo o caso, a história familiar deve ser considerada um importante critério de diagnóstico diferencial de DC, dado que os indivíduos DC, ao contrário dos indivíduos DHDA e DO, têm uma elevada probabilidade de ter uma história familiar de delinquência, personalidade anti-social (psicopatia) ou abuso de álcool e drogas. Os estudos longitudinais até agora realizados indicam precisamente a impressionante estabilidade intergeracional do DC, seguramente diferente do DHDA ou do DO (ainda que nestes se verifique uma probabilidade superior ao normal de existência de problemas familiares). Os problemas tendem a auto-perpetuar-se porque emergem muito cedo, numa idade em que a criança ainda não é responsiva a intervenções "psicológicas". Posteriormente, quando "poderia sê-lo", verifica-se que já é tarde de mais e que continua igualmente não responsiva (Cook, Kendzierski, e Thomas, 1983; Farrington, 1985). Daí a ideia da "transmissão" intergeracional do DC "até à terceira geração" (Eron, e Huesmann, 1990).

O quadro 4.2. fornece as linhas orientadoras do DSM-III-R para despiste de DC.

Quadro 4.2. - critérios diagnósticos do DSM-III-R para DC

A. Distúrbio que se prolonga há pelo menos 6 meses, durante os quais se verificaram pelo menos 3 dos seguintes sintomas:

1. Já roubou em mais do que uma ocasião, sem confronto com a vítima
 2. Já fugiu de casa durante a noite pelo menos 2 vezes (ou fugiu definitivamente)
 3. Mente frequentemente
 4. Já se envolveu deliberadamente em ateamento de fogo
 5. Falta frequentemente à escola
 6. Já invadiu propriedade de outrem (ex: casa, prédio, carro)
 7. Destruiu deliberadamente propriedade alheia (diferente de atear fogo)
 8. É fisicamente cruel com os animais
 9. Já forçou alguém a actividades sexuais
 10. Já usou armas em mais do que uma luta
 11. Provoca rixas frequentemente
 12. Roubou confrontando-se com a vítima (ex. roubo por esticção, extorsão, assalto à mão armada)
 13. Fisicamente cruel com as pessoas
-

Adaptado de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. (3rd Ed. Revue)*, American Psychiatric Association, 1987.

As alterações para o DSM-IV não são significativas. São acrescentados dois itens à listagem anterior (que passa a ter 15) mas é mantido o "score" (nível a partir do qual se considera a presença do distúrbio), o que revela a severidade dos comportamentos descritos em cada item. Por outro lado, os itens são agrupados em subconjuntos (ex. subconjunto da "agressão a pessoas ou animais representado por 7 itens; subconjunto "violações sérias de regras",

representado por 3 itens), estabelece-se níveis de severidade do distúrbio e requer-se especificidade quanto à idade de início do distúrbio (na infância ou na adolescência), a partir do pressuposto de que um início precoce implica um prognóstico mais pobre (Eron, & Huesmann, 1990).

Os números relativos à co-morbilidade entre DHDA e DC variam bastante de acordo com as amostras utilizadas nos diversos estudos. Sabe-se porém que ela é relativamente elevada, podendo na infância 20 a 30% das crianças DHDA manifestar um conjunto significativo de sintomas de DC. Na adolescência os números podem subir para entre 40 a 60% (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990). Estes números evidenciam que embora se levantem alguns problemas de diagnóstico diferencial, é possível diferenciar os distúrbios (Abikoff & Klein, 1992) e que à medida que os problemas se vão prolongando uma parte dos indivíduos diagnosticados previamente como DHDA poderá receber um diagnóstico de DC.

Na verdade os indivíduos com início de DC na infância apresentam quase invariavelmente um número suficiente de comportamentos de oposição para preencherem os critérios diagnósticos de DO e, em muitos casos, também de DHDA (Hinshaw, Lahey, & Hart, 1993; Loeber, 1988). Por outro lado, o DC "tardio" (que emerge na adolescência) não é aparentemente acompanhado pelas vincadas manifestações de agressividade do DC "precoce", o que sugere que os factores envolvidos no desencadear dos comportamentos de oposição poderão igualmente estar na base dos comportamentos agressivos de muitos indivíduos DC.

Alguns estudos têm igualmente referenciado que o DC é distinguível quer do DHDA "situacional" quer do DHDA "generalizado", embora o diagnóstico diferencial relativamente a este último se possa revelar mais complicado, já que as crianças que manifestam os problemas independentemente dos contextos, são mais pobres na apreciação e discriminação de pistas sociais e de contextos, tal como as crianças DC (Schachar, 1991; Szatmari, Boyle, & Offord, 1989; Taylor, 1986)

Numa parte substancial dos estudos publicados sobre este assunto, o DHDA é normalmente associado a QIs mais baixos, realizações académicas inferiores, e níveis significativamente inferiores de patologia parental (Lahey et al., 198; McGee, Williams & Silva, 1984; Schachar, 1991; Werry et al., 1987). O DC é mais frequentemente associado a rejeição maternal, não-envolvimento parental, e abuso de álcool por parte do pai (Reeves, Werry, Elkind, & Zametkin, 1987)

Ainda no que diz respeito à comorbilidade entre os distúrbios, são numerosos os trabalhos comprovando que a condição comórbida é mais negativa do que o DHDA ou o DC isolados, verificando-se sintomas mais severos (Offord, Sullivan, Allen & Abrams, 1979; Walker, Lahey, Hynd, & Frame, 1987), risco mais elevado de distúrbios anti-sociais (Farrington, Loeber, & Van Kammen, 1990; Hinshaw, Lahey, & Hart, 1993), mais psicopatologia parental e desvantagem psicossocial (Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993; Lahey et al., 1988), mais rejeição pelos pares e probabilidade acrescida de interpretação agressiva das condutas ambíguas de outrem (Johnston & Pelham, 1986; Milich & Dodge, 1984; Coie, Lochman, Terry, & Hyman, 1992).

Schachar e Logan (1990) chamam a atenção para a possibilidade de a hiperactividade de indivíduos DHDA ser qualitativamente diferente da dos indivíduos DHDA+DC, representando a primeira um défice fundamentalmente cognitivo, aparecendo a última basicamente ligada a défices psicossociais. É surpreendente que (sobretudo) a pista dos défices psicossociais seja relativamente pouco explorada nos casos de DC ou nos casos comórbidos. Na verdade (a) o tipo de condutas apresentado pelas crianças e adolescentes DC e DHDA+DC; (b) a sua estrutura familiar disfuncional, a evidência da presença sistemática de um estatuto socioeconómico baixo (factor que "emerge com particular clareza" [Greenberg et al., 1993]); (c) a baixa educação parental, criminalidade, violência conjugal, condições de vida degradadas, indisponibilidade de recursos financeiros, sociais ou de apoio de outros familiares (Greenberg et al., 1993); torna muito delicado considerar o DC uma "patologia psiquiátrica", quando poderá ser fundamentalmente um processo adaptativo a circunstâncias desfavoráveis do meio. É precisamente isto que pretendem salientar autores tão conceituados como John E. Richters e Dante Cicchetti (1993) num desconcertante artigo em que começam por anunciar que "teria sido uma novidade" para Tom Sawyer e Huckleberry Flinn saber que sofriam de uma doença mental. E assim seria, no entanto, dado que os heróis de Mark Twain apresentavam um indiscutível padrão recorrente de comportamento anti-social, típico de DC.

Naturalmente que este tipo de questões diz mais respeito ao estabelecimento de fronteiras entre a normalidade e a anormalidade do que ao diagnóstico diferencial DHDA/DC mas tem o enorme mérito de evidenciar a rapidez com que se

pode transformar comportamentos e até desvantagens sociais em "doenças", aparentemente porque esta área de investigação ainda é de alguma forma tributária do tipo de classificação utilizada na medicina. Hinshaw (1987) questiona por isso se deveremos esperar que os agrupamentos comportamentais na infância estejam de acordo com todos os critérios dos distúrbios ou síndromas médicos clássicos.

Em todo o caso, há já um apreciável número de autores que, relativamente ao DC (e também ao DHDA), mesmo colocando a questão em termos psicológicos, não ignora de forma alguma o papel dos factores sociais na "moldagem" do problema. Abikoff e Klein (1992), por exemplo, consideram que o DHDA e o DC constituem um disfuncionamento que maximiza os conflitos interpessoais, os quais, por seu turno, facilitam o desenvolvimento do comportamento agressivo, sendo a **impulsividade** o ponto chave de ambos os distúrbios. Contudo, verificam também que a diferença entre as crianças DHDA que evoluem e as que não evoluem para DC reside no facto de as primeiras estarem mais expostas a desvantagem psicossocial (com todos os problemas que lhe estão associadas). Na verdade verifica-se que muitas famílias vivendo em condições degradadas têm muita dificuldade (e valorizam pouco) em controlar os comportamentos impulsivos das crianças (e dos adultos) e, de facto, até facilitam a expressão de impulsivos agressivos. O que isto significa em termos de diagnóstico diferencial, é que a área em que mais claramente existe sobreposição de DHDA e DC é a das características comportamentais (Quay, 1979). No entanto, em termos de etiologia (e, por consequência de tratamento e intervenção) DHDA e DC são claramente distintos (Hinshaw, 1987, Milich et al., 1987).

Milich et al. (1987) utilizando o método das probabilidades condicionadas para determinação do diagnóstico diferencial de DDA (designação do DSM-III, dado que o DSM-III-R ainda não havia sido publicado) e DC, verificam que para a sua amostra a probabilidade condicionada de DDA dado DC é de .67, enquanto a probabilidade condicionada de DC dado DDA é de .30. Embora este seja um estudo isolado e praticamente não replicado posteriormente, a verdade é que estes dados indicam que existe uma elevada probabilidade de um indivíduo DC ser diagnosticado igualmente de DDA, o que significa que em termos comportamentais um indivíduo DC tem muitas probabilidades de ser um indivíduo DDA "mais" um conjunto de outras características (e eventualmente algumas características DDA que apresenta serão mais severas). A diferença fundamental terá pois que ser estabelecida a partir da história desenvolvimental do indivíduo, incluindo, por exemplo, a história familiar, escolar ou condições de vida.

Quanto à probabilidade de ser DC dado o facto de ser DDA - que é muito mais baixa - confirma igualmente uma zona de sobreposição de DDA e DC mas implica seguramente, em termos de diagnóstico diferencial, a necessidade de verificar cuidadosamente o que é que diferencia aquele terço de indivíduos dos outros dois terços. Provavelmente, como dissemos atrás, haverá que atender com especial cuidado à caracterização socio-económica da família, ou aos estilos de educação parental, já que poderão parecer ter uma validade preditiva não desprezível relativamente à evolução do indivíduo.

Em conclusão, os grupos de crianças DHDA e DC estão longe de ser grupos homogêneos e puros já que, a crer nos resultados dos diversos estudos, entre 30 a 90% de crianças de uma categoria poderá ser classificada na outra. Quay (1979) considera mesmo que é difícil identificar padrões associados com a hiperactividade não enquadráveis pelo DC. No entanto, a maior probabilidade de as crianças DC serem consideradas DHDA do que o contrário, indica que, no mínimo, será possível estabelecer uma hierarquia de severidade de sintomas e, no limite, uma verdadeira diferenciação entre os distúrbios. Por outro lado, apesar da considerável sobreposição, os dois tipos de problemas apresentam padrões diferenciais de associação com diversas variáveis-chave. Tipicamente as crianças DC, mas não as DHDA, têm pais anti-sociais, há grande hostilidade familiar e o seu meio socio-económico é baixo. As crianças DHDA exibem mais frequentemente défices de realização e défices cognitivos na sala de aula (e no recreio), estão mais frequentemente fora da tarefa mas apresentam um risco claramente menor de desenvolvimento de condutas anti-sociais na adolescência. Uma última e interessante conclusão é a de que, em meios estruturados e organizados, as crianças DC estão mais tempo na tarefa e sociometricamente tanto podem ser populares como rejeitadas (dependendo muito de quem são os pares e até das actividades), enquanto as crianças DHDA tendem a ser rejeitadas. Isto indicia - pelo menos em certas circunstâncias e contextos - melhor controlo volitivo dos comportamentos e melhores competências sociais dos indivíduos DC (Milich & Landau, 1989; Sroufe & Rutter, 1984). No entanto, o seu prognóstico social e comportamental é claramente mais pobre.

DISTÚRBO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO E PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM ESCOLAR

Como temos vindo a realçar ao longo deste trabalho, os comportamentos das crianças DHDA tendem a agravar-se em contextos em que o leque de comportamentos "admissíveis" é relativamente restrito. Este é precisamente o caso das escolas, nas quais é esperado que os indivíduos, para além de crianças, assumam integralmente o papel de "alunos" ou "estudantes", com todas as consequências daí decorrentes. A exigência do ambiente escolar não se reflecte unicamente na necessidade de o aluno exhibir "bons comportamentos" mas também "comportamentos eficazes" do ponto de vista do currículo académico. Se é verdade que ao longo dos dois primeiros anos de escolaridade os alunos tendem a assimilar o ser "bom aluno" ao ter "bom comportamento", rapidamente este tipo de percepção é substituído pela noção de que ser bom aluno é obter resultados académicos satisfatórios (Lemos, 1993; Stipeck, 1984; Covington, 1984). Em qualquer das situações (seja nos primeiros dois anos de escolaridade, seja nos seguintes) as crianças DHDA - quer porque apresentam problemas de comportamento, quer porque, com frequência, apresentam problemas de aprendizagem associados - têm mais probabilidades do que o grupo de pares de entrar em confronto com o ambiente escolar (Edelbrock et al., 1984; DuPaul & Stoner, 1994).

De uma forma geral, as crianças DHDA são referenciadas como apresentando sub-realização escolar, maior número de referências para educação especial e como apresentando um

número significativamente superior de comportamentos fora da tarefa (Barkley, 1990; Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Abikoff et al., 1977). São ainda menos solicitadas pelos professores e têm mais dificuldades do que as crianças da mesma idade no trabalho individual e independente (Pfiffner & Barkley, 1990).

A conjugação destes factores contribui certamente para que estas crianças apresentem taxas de retenção muito superiores às das crianças normais, sendo que, de acordo com a estimativa de alguns autores, mais de 80% apresentam problemas de aprendizagem e/ou de realização escolar (Cantwell & Baker, 1992; Frick et al., 1991; Lambert & Sandoval, 1980). Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, (1990) realçam mesmo que estes indivíduos correm riscos severos de subrealização crónica e de abandono escolar. Estes dados tornam incontornável a associação entre DHDA e problemas de aprendizagem escolar e indiciam a forte probabilidade de crianças DHDA apresentarem (ou virem a apresentar) Problemas de Aprendizagem e vice-versa. Infelizmente, embora a associação em si mesma seja bastante consistente e inquestionável, o processo de formação e desenvolvimento dessa associação, as possíveis conexões causais entre os problemas e as opções em termos de intervenção (sobre qual intervir primeiro?; intervir sobre as duas simultaneamente?) são bastante menos claras (Silver e Hagin, 1990).

A por vezes elevadíssima comorbilidade entre DHDA e Problemas de Aprendizagem coloca problemas possivelmente únicos de diagnóstico diferencial, nomeadamente na decisão quanto ao que é "primário" e quanto ao que é "secundário"

ou até se se trata de um problema único (Korkman & Peltomaa, 1991; Korkman & Pesonen, 1994).

O conjunto de dúvidas e incertezas quanto à associação entre o DHDA e os Problemas de Aprendizagem Escolar é excelentemente resumido num artigo de Dennis P. Cantwell e Lorian Baker (1992) (originalmente publicado em Fevereiro de 1991 no "Journal of Learning Disabilities" e republicado em livro editado por Bennett Shaywitz e Sally Shaywitz). Aí são colocadas as seguintes questões fundamentais:

1 - Estará o Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção (DHDA) associado aos Problemas de Aprendizagem (PA) num grau superior ao previsível pelo acaso?

2 - Será essa associação específica do DHDA/PA ou constituirá uma associação entre os PA e os distúrbios exteriorizados (disruptivos de comportamento) em geral?

3 - Os Problemas de Aprendizagem provocam o DHDA ou o DHDA provoca Problemas de Aprendizagem?

DHDA e PA: Relação "Acidental" ou relação causal?

Deve dizer-se que a resposta a estes problemas tem sido prejudicada, antes de mais, pela indefinição de conceitos como Problemas de Aprendizagem ou Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. A comparação de estudos, em que os critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos das amostras são por vezes pouco claros, em que as definições dos conceitos são diferenciadas e em que, por consequência, as medidas utilizadas variam significativamente, tornam difícil a acumulação de evidência empírica, dado que não se pode comparar aquilo que é realizado com bases diferentes (Cantwell & Baker, 1992; Fletcher, Robin, &

Francis, 1992). Os problemas de aprendizagem escolar, por exemplo, têm recebido uma miríade de denominações, definições e redefinições. Termos como "problemas de aprendizagem escolar", "dificuldades de aprendizagem", "dificuldades de aprendizagem específicas", "distúrbios de aprendizagem", "atraso escolar", "insucesso escolar", "problemas de realização acadêmica", "sub-realização acadêmica/escolar", têm sido utilizados para definir aparentemente o mesmo grupo de indivíduos, por vezes como sinónimos, outras vezes com sentidos diferentes. Actualmente o conceito de "dificuldades/problemas de aprendizagem" é aplicado de forma mais clara e exclusiva a um grupo de indivíduos que apresentam uma discrepância significativa entre aquilo que é esperado em função da idade e aquilo que efectivamente realiza em termos académicos (para excelente discussão desta problemática ver Hammill, [1990]). O termo "dificuldades/problemas de aprendizagem específicas", por seu turno, tem vindo a ser exclusivamente aplicado a crianças que apresentam um Quociente intelectual normal mas que apresentam sub-realização escolar, por vezes numa só matéria (matemática, por exemplo). Estas últimas tendem a apresentar dificuldades "específicas" (numa área), "crónicas" e a ser normalmente inteligentes; as primeiras podem ou não ser normalmente inteligentes, e têm dificuldades "crónicas" e "gerais" (no sentido em que estas atingem todas as áreas de realização escolar) (Borkowski e Thorpe, 1994; Covington, 1992; McCall, Evahn, & Kratzer, 1992). Contudo, mesmo este tipo de divisão é controverso, dado que algumas investigações, embora não negando a importância do QI na avaliação dos problemas de aprendizagem (Torgesen, 1989; Almeida, 1991, 1994) e apesar dos progressos surpreenden-

temente lentos das crianças com "dificuldades/problemas de aprendizagem específicas" (Torgesen, 1988; Torgesen, Rashotte, Greenstein, Houck, & Portes, 1987), assinalam que as diferenças entre as dificuldades "específicas" e as "gerais" não parecem ser tão significativas quanto se pensava (McGee, Williams, Share, Anderson, & Silva, 1986). Assim, pretender reduzir as dificuldades de aprendizagem às "dificuldades de aprendizagem específicas" representa ignorar um larguíssimo conjunto de crianças - a maioria, aliás - que para além de terem grandes dificuldades de realização escolar, apresentam QIs inferiores à média e que muito provavelmente provêm de estratos socio-económicos mais baixos e têm menos oportunidades educativas (Hinshaw, 1992a). Restringir os problemas de aprendizagem a crianças com QIs normais pode, em suma, constituir uma séria subestimação dos números reais dos problemas de aprendizagem e constituir uma grave negligência de importantes factores motivacionais e sociais intimamente ligados à sub-realização escolar (Hinshaw, 1992a; Taylor, 1989). De resto, as referências aos números de estudos epidemiológicos realizados quer no Reino Unido (Rutter et al., 1974) quer nos Estados Unidos (APA, 1987; Taylor, 1989) apontam a superior prevalência dos problemas "gerais" de aprendizagem relativamente aos problemas "específicos" e a forte influência de factores psicossociais como o baixo estatuto socio-económico na sub-realização escolar.

No nosso próprio estudo, partindo dos pressupostos acima enunciados, o grupo de crianças consideradas como apresentando problemas de aprendizagem foi constituído a partir das dificuldades apresentadas nas áreas da Língua

Portuguesa e da Matemática, independentemente do QI, desde que não houvesse suspeitas de deficiência mental. Convém realçar que em estudos em que os agrupamentos são realizados desta forma, frequentemente emergem diferenças de QI entre crianças com e sem problemas de aprendizagem. No trabalho de Dyckman e Ackerman (1992), por exemplo, quando o grupo de crianças DDA foi subdividido em DDA+Dificuldades de Leitura e DDA sem Dificuldades de Leitura, verificou-se que o primeiro grupo tinha um QI médio significativamente inferior ao segundo e que este tinha um QI médio idêntico ao do grupo de controlo (não DDA e sem Dificuldades de leitura). Concluem os autores que é de toda a importância considerar relativamente ao DDA a presença ou ausência de problemas de aprendizagem (leitura nomeadamente), porque se trata de agrupamentos com perfis cognitivos diferenciados. Esta afirmação, do nosso ponto de vista, reforça a ideia que tem vindo paulatinamente a desenvolver-se na literatura (ex. Stanford & Hynd, 1994) de que o perfil cognitivo de crianças anteriormente diagnosticadas como DDA/Não Hiperactivas se aproxima muito mais do de certas crianças com problemas de aprendizagem do que de crianças com problemas de comportamento. O facto de estas crianças apresentarem muito maior número de reprovações e dificuldades escolares do que as crianças DDA+H, assim o comprova (Frick et al., 1991; Edelbrock et al., 1984; Holborow & Berry, 1986; McGee, Williams, & Silva, 1985)

Deve ainda salientar-se que de acordo Dyckman e Ackerman (1992) o grupo DDA sem Dificuldades de leitura pode ser diferenciado do grupo de controlo (crianças normais) em tarefas laboratoriais de papel e lápis (como é o caso

da prova de Keogh e Margolis [1976], que utilizámos no nosso próprio trabalho). Nestas tarefas, que requerem uma manutenção prolongada do esforço e da atenção, o grupo DDA/Sem Dificuldades de Leitura comete mais erros, evidenciando a sua impulsividade e impaciência.

Esta última conclusão, como temos repetidamente vindo a afirmar, tem sido firmemente posta em causa por diversos e prestigiados investigadores (ex. Barkley, 1990; 1994; Douglas & Parry, 1994; Sergeant, 1988), o que significa que a questão não está encerrada e que vai mesmo continuar no centro da polémica sobre o DHDA.

Creemos ter deixado para já bem vincada a ideia de que uma boa parte da polémica em torno da associação DHDA/PA passa pelas definições destes conceitos e pelos critérios de inclusão e exclusão utilizados na constituição das amostras. E desses critérios dependem, em larga medida, as estimativas quanto ao grau ou extensão dessa associação.

Num dos primeiros estudos sobre este assunto (Cantwell & Satterfield, 1978), encontrou-se uma elevada prevalência de problemas de aprendizagem em rapazes hiperactivos, estando mais de um terço pelo menos 1 ano abaixo do esperado em testes de leitura e matemática. Resultados semelhantes foram encontrados quer em estudos transversais (Anderson, William, McGee, & Silva, 1987) quer em estudos longitudinais (Holborow & Berry, 1986). Nestes últimos as crianças hiperactivas são tipicamente descritas como "destinadas ao fracasso escolar" (Charles & Schain, 1981) e os números apresentados para essas crianças chegam a atingir os 53% de sub-realização escolar. Os estudos epidemiológicos apontam no mesmo sentido (ex. Holborow & Berry, 1986),

atingindo o insucesso de crianças hiperactivas (na leitura, escrita ou matemática) o extraordinário índice de 80% no estudo de Anderson et al. (1987).

Os números apontados são corroborados pela generalidade dos autores que se ocupam desta temática (ex. Halperin, Gittelman, Klein, & Rudel, 1984; Frick et al., 1991; Korkman & Pesonen, 1994; Milich & Okazaki, 1991; Silver, 1981, 1991), variando apenas, de acordo com as amostras, a extensão da associação. Tem havido porém - como referimos anteriormente - uma interessante controvérsia sobre a possibilidade de o DHDA ser considerado não só um problema associado a PA mas um PA propriamente dito, sendo assim as crianças DHDA passíveis (ou não, de acordo com as posições assumidas) de usufruir do mesmo tipo de serviços e programas das crianças PA (ver Silver, 1990, 1991; McBurnett e Pfiffner, 1991; Stoltzenberg & Cherkes-Julkowski, 1991). Uma leitura atenta desta controvérsia permite apesar de tudo concluir que o cerne da discordância está nos serviços a prestar às crianças DHDA e não tanto nas questões classificatórias. Eventualmente terá havido uma reacção demasiado severa a duas afirmações peremptórias de Silver: (1) o DHDA não é um problema de aprendizagem porque não tem impacto na capacidade de aprendizagem. Interfere, isso sim, com a disponibilidade do indivíduo para a aprendizagem; (2) os pais reclamam frequentemente serviços de educação especial para os seus filhos DHDA mas quando se lhes é perguntado "que tipo de serviços?", referem o tipo de serviços requerido para crianças com problemas de aprendizagem. Os pais confundem pois problemas de aprendizagem com um distúrbio associado, o DHDA. Assim, as crianças DHDA não necessitam de qualquer

currículo especial, a menos que apresentem problemas de aprendizagem associados. Neste caso, porém, a sub-realização deve ser considerada o problema primário e os serviços prestados deverão ser aqueles que se destinam a crianças com problemas de aprendizagem (Silver, 1990).

As reacções à posição de Silver assentaram basicamente na ideia de que o autor ignora as implicações cognitivas do DHDA e que pretende negar a estas crianças os serviços a que estas têm direito. O problema classificatório é relativamente ignorado, pelo que, no conjunto da literatura referente ao tema das relações entre o DHDA e os PA, parece ser consensual que se trata de dois problemas mas com uma associação muito superior ao que seria de esperar pelo mero acaso. Este facto resulta frequentemente, para muitas crianças, numa "amálgama" de problemas em que é extraordinariamente difícil definir o que é "primário" ou "secundário", o que é que se "associa" a quê ou quais os nexos causais entre os problemas. Em termos de diagnóstico diferencial trata-se na verdade de um processo complexo, tanto mais que implica decisões quanto a serviços a fornecer, programas a utilizar, eventuais adaptações curriculares, etc.

Especificidade da relação dos PA com DHDA

Uma segunda questão de diagnóstico diferencial a que é necessário dar resposta, consiste em saber (1) se existe uma relação específica dos PA com o DHDA ou (2) uma associação mais geral com o conjunto dos distúrbios exteriorizados de comportamento (incluindo o DHDA, o DO e o DC). Hinshaw (1992a; 1992b) numa revisão exaustiva do assunto,

conclui que a sobreposição entre distúrbios exteriorizados e PA é muito superior ao que seria de esperar pelo acaso, com estimativas oscilando entre os 10% e mais de 50%. Contudo, se se considerar apenas o grupo dos "problemas/dificuldades específicos de aprendizagem", com base na discrepância QI-Realização Escolar, as estimativas serão muito mais baixas, oscilando entre os 6% e os 20% (Forness, Youpa, Hanna, Cantwell, & Swanson, 1992; Hinshaw, 1992a). A utilização de uma definição mais alargada de "problemas de aprendizagem", incluindo critérios como baixa realização na matérias escolares, repetências ou suspensões, modifica pois drasticamente as estimativas (Barkley et al., 1990).

É ainda de grande importância notar que a associação no sentido contrário é menos específica, verificando-se que a maior parte das crianças com problemas de aprendizagem apresenta problemas interiorizados (ansiedade, depressão, inibição) sendo minoritário o número de PA com problemas exteriorizados associados (Fuerst, Fisk, & Rourke, 1989; Rourke, 1992a).

Uma outra conclusão que resulta da revisão da literatura sobre esta matéria é a de que, contrariamente a que se pensou até uma determinada altura, a associação específica das PA é com o DHDA e não com o Distúrbio de Conduta (DC) (ex. DuPaul & Stoner, 1994; McGee, Williams, & Silva, 1985), tudo indicando que muitos casos de PA/DC preenchem condições comórbidas com DHDA, constituindo este o factor de maior ponderação para a presença de PA (Frick et al., 1991). Na adolescência, porém, existe uma clara associação entre delinquência e problemas de aprendizagem (Hinshaw, 1992a).

Um outro ponto a realçar é o de que, apesar de a controvérsia relativa aos nexos causais se manter acesa ("os PA precipitam problemas de comportamento ou os problemas de comportamento desencadeiam PA? O que é que deve ser tratado primeiro?" [ver por exemplo Maughan, Gray, & Rutter, 1985; McGee & Share, 1988]), tudo indica que para as crianças que exibem os dois problemas, eles emergem muito cedo na sua vida (na idade pré-escolar) sugerindo a existência de outros factores causais subjacentes a ambos (ex. défices de linguagem moderados a severos, competências verbais pobres, disfuncionamento familiar).

Uma outra conclusão que se impõe a partir da literatura, é que os indivíduos que apresentam PA e Problemas Exteriorizados de Comportamento têm uma probabilidade superior aos PA com Problemas Interiorizados de manter os défices escolares à medida que vão crescendo, pelo que a comorbilidade PA/Problemas Exteriorizados constitui um importante factor prognóstico (McKinney, 1989).

Em resumo, existe uma considerável sobreposição entre problemas exteriorizados de comportamento e problemas de aprendizagem escolar (Hinshaw, 1992a; 1992b). Contudo, na infância a associação mais típica é entre problemas de aprendizagem e DHDA (Cantwell e Baker, 1992; Hinshaw, 1992a; Frick et al., 1991) existindo na adolescência uma forte associação entre agressividade, delinquência e insucesso escolar (embora neste último caso os resultados sejam mais difíceis de interpretar dado que muitos indivíduos preenchem também condições para DHDA [Frick et al., 1991]).

Os Problemas de Aprendizagem provocam o DHDA ou o DHDA provoca Problemas de Aprendizagem?

A terceira questão a que é necessário responder e que tem tanta importância em termos de diagnóstico diferencial quanto de tomada de decisão relativamente à estratégia de intervenção nos problemas comórbidos de PA/DHDA diz respeito à eventual relação de causalidade entre ambos.

Há três hipóteses básicas que podem ser consideradas:

I - O DHDA pode conduzir a Problemas de Aprendizagem

II - Os Problemas de Aprendizagem podem conduzir a DHDA

III - Podem existir outros factores que conduzam separadamente a cada um dos problemas, situação em que a relação entre ambos seria indirecta

A primeira hipótese é, de acordo com Cantwell e Baker (1992), "intuitivamente plausível". De facto, se aceitarmos que as crianças DHDA apresentam problemas de atenção, é provável que face a tarefas que exigem quer uma apurada atenção selectiva, quer momentos prolongados de atenção, esforço e perseverança, a sua situação seja deficitária relativamente aos colegas de escola (DuPaul & Stoner, 1994). Da mesma forma, é esperado que a impulsividade destas crianças as leve a cometer um maior número de erros, a ser mais imprecisa na organização dos trabalhos, a precipitar-se nas respostas, a tomar decisões com base em dados insuficientes (Barkley, 1990), etc., motivando uma realização de fraco nível, ainda que do ponto de vista cognitivo o indivíduo não apresente qualquer défice. Finalmente, é ainda esperado que uma criança que tem dificuldades em estar quieta, que se encontra com frequência fora do

lugar, que é desastrada ou, numa palavra, hiperactiva, (Korkman & Pesonen, 1994) esteja pouco disponível para a aprendizagem, esteja muitas vezes "fora da tarefa" e perca muitas oportunidades de aprendizagem.

Apesar de as referidas suposições fazerem sentido, não existe no entanto evidência suficiente de que o DHDA, por si só, conduza directamente aos problemas de aprendizagem (Cantwell & Baker, 1992; McGee & Share, 1988). Na verdade há muitas crianças hiperactivas que não têm problemas de aprendizagem. Tal facto poderá sugerir que estas últimas crianças beneficiam de "factores protectores", nomeadamente QI mais elevado, maior monitorização parental ou dos professores, etc., que inibam o aparecimento de PA. Na verdade, tem-se verificado por exemplo que as crianças hiperactivas em idade pré-escolar que têm problemas de linguagem e discurso, estão em maior risco de problemas de aprendizagem futuros (Blackman, 1991; McGee, Partridge, & Silva, 1981). Tal significa que não é propriamente o DHDA que conduz a problemas de aprendizagem mas sim certo tipo de défices cognitivos os quais, conjugados com o DHDA, terão certamente resultados piores.

Inversamente, é igualmente plausível que os problemas de aprendizagem conduzam a DHDA. De facto é admissível que alunos com dificuldades escolares crónicas e para os quais a escola não encontra solução ou não tem recursos disponíveis para apoiar em regime especial, encontrem uma qualquer resposta a um ambiente em que se sentem constantemente desvalorizados. A irrequietude, a agitação, a "imaturidade de comportamento", o evitamento da tarefas, etc., característicos do DHDA, seriam neste interpretáveis como

uma resposta adaptativa a um meio hostil (Cherkes-Julkowski & Stolzenberg, 1991). Esta hipótese já havia sido sugerida muitos anos antes por Cunningham e Barkley (1978) e foi posteriormente retomada por outros investigadores, alguns dos quais, no entanto, verificaram a não existência de uma relação específica entre PA e DHDA (ex. McGee & Share, 1988; McGee, Williams, Share, Anderson & Silva, 1986). Por outro lado, tal como referimos anteriormente, muitas crianças com problemas de aprendizagem (a maior parte) não apresenta DHDA, nem sequer problemas exteriorizados em geral mas sim problemas interiorizados (ansiedade, inibição, timidez, depressão) (Bryan, 1994; Fuerst, Fisk, & Rourke, 1989; Rourke, 1988; 1991b; Vaughn & Hogan, 1994). A suposição de um mecanismo causal PA - DHDA não é pois satisfatória.

Um último mecanismo de associação - o de outros factores estarem na base de ambos os problemas - também é plausível. Têm sido referidos, nomeadamente, factores ambientais, orgânicos e cognitivos, como por exemplo a adopção de um estilo cognitivo pouco eficaz por parte de crianças DHDA com Problemas de Aprendizagem (Cotugno, 1987; Douglas, 1980); QIs mais baixos (Ackerman, Anhalt, Dyckman, & Holcomb, 1986); atrasos de linguagem (Cantwell & Baker, 1992; para além das desvantagens decorrentes de um estatuto socio-económico baixo (Greenberg et al., 1993; Hinshaw, 1992a, 1992b; Lahey et al., 1988). Cantwell e Baker (1992) consideram que as perturbações da linguagem e do discurso constituem um factor deficitário comum, particularmente importante em crianças PA, DHDA e DHDA com Problemas de Aprendizagem. Contudo assinalam a enorme dificuldade em definir "factores causais comuns" (independen-

temente da sua importância) a PA e DHDA, uma vez que os estudos até agora publicados incidem sobre amostras constituídas a partir de critérios muito diversificados, pelo que não é possível discernir na literatura uma tendência clara quanto ao valor explicativo desses factores.

Gostaríamos finalmente de deixar uma nota de precaução quanto a esta matéria: se bem que exista um conjunto (não muito numeroso) de trabalhos sobre a "associação" PA/DHDA, são praticamente inexistentes os estudos longitudinais que permitam esclarecer as possíveis "relações causais" entre os dois problemas (DuPaul & Stoner, 1994). Os trabalhos de Ferguson e Horwood (1992) e Rowe e Rowe (1992) são dos que mais se aproximam de tal desiderato. Em ambos é avaliada a adequação dos dados recolhidos a modelos teóricos relativos às relações recíprocas de DHDA e PA a partir de variáveis específicas (ex. a desatenção, o estatuto socioeconómico da família, as atitudes face à leitura, o tempo de leitura em casa). Embora o procedimento utilizado nos dois estudos não permita testes directos de causalidade, possibilita, ainda assim, uma ponderação da influência das variáveis. O que se conclui em ambos os estudos (mais claramente no de Rowe e Rowe), é que embora exista uma relação recíproca bidireccional, a desatenção influencia mais decisivamente a leitura do que o contrário e que é, de entre todas as variáveis consideradas, a de maior ponderação na explicação da variância dos resultados na leitura.

Estes resultados não permitem, do nosso ponto de vista, afirmar - em função da importância da variável "atenção" para o nível de leitura - que as crianças DHDA correm maior risco de apresentar problemas na leitura do que as crianças com problemas de aprendizagem de apresentarem

sintomas de DHDA. Na verdade, uma vez que estão por demonstrar os défices de atenção de crianças DHDA "puras" (isto é, sem dificuldades de aprendizagem associadas) (Barkley, 1990) e que um número muito significativo de crianças PA apresenta problemas de atenção e memória (Swanson, 1993; Torgesen, 1988) cremos que os trabalhos de Ferguson e Horwood (1992) e Rowe e Rowe (1992) poderão explicar melhor o peso da desatenção nas dificuldades escolares das crianças PA do que as dificuldades escolares das crianças DHDA.

Em resumo, as relações entre o DHDA e as PA, constituem um dos mais complexos mas também um dos interessantes problemas que se colocam à comunidade educativa. Trata-se de um problema que, independentemente de toda a elaboração teórica e dos modelos explicativos já desenvolvidos ou a desenvolver, tem um impacto considerável sobre os indivíduos afectados, sobre os professores e sobre o regular funcionamento das salas de aula.

Mau grado as limitações que se colocam ao esclarecimento do relacionamento entre os dois tipos de problemas (nomeadamente questões complexas de definição) toda a evidência aponta para níveis de co-ocorrência elevados. Assim, uma criança DHDA tem uma elevada probabilidade (que poderá ir até 80%) de apresentar dificuldades na realização escolar, supostamente devido à sua desorganização, inquietude, resolução apressada e inexacta de problemas, etc. Por seu turno, uma criança com problemas de Aprendizagem tem igualmente muitas probabilidades (poderão ultrapassar os 40%) de apresentar sintomas de DHDA que interfe-

rem significativamente com a sua adaptação ao contexto escolar (DuPaul & Stoner, 1994). Esta associação é particularmente evidente até à pré-adolescência, havendo, a partir da adolescência, uma associação mais nítida dos PA e do insucesso escolar com problemas mais sérios de conduta, incluindo agressividade, fugas sistemáticas à escola e delinquência.

A associação não é pois perfeita, havendo muitas crianças DHDA que não apresentam problemas de aprendizagem e vice-versa. Assim, não parece facilmente sustentável a tese de que se trata de um só e do mesmo problema (McGee e Share, 1988). O DHDA é antes de mais um problema de comportamento, embora com implicações ao nível da aprendizagem. Contudo, não é de excluir que em certos casos de crianças com PA surjam secundariamente problemas de comportamento associados, representando um certo tipo de "resposta adaptativa" a um meio em que o valor próprio é constantemente posto em causa (Silva, 1996). Nestes casos, constitui um óbvio problema de diagnóstico diferencial decidir "o que é que apareceu primeiro" e, mais importante do que isso, decidir qual dos problemas, no momento actual, assume maior relevância. Esta decisão tem a maior das importâncias em termos de intervenção. Hinshaw (1992b), por exemplo, afirma taxativamente que com crianças que apresentem problemas comórbidos de PA/DHDA, tratar simplesmente os problemas de comportamento não conduz a qualquer resultado significativo.

Sendo convicção generalizada que existe uma relação bidireccional entre estes dois problemas, e que a sua associação configura o pior dos prognósticos, torna-se necessário esclarecer as circunstâncias em que tal asso-

ciação tem mais probabilidades de se desenvolver (DuPaul & Stoner, 1994) e retirar daí as devidas conclusões em termos dos programas reeducativos ou vocacionais a implementar.

NOTAS FINAIS

A análise das dimensões e aspectos fundamentais do DHDA, dos seus eventuais subtipos, dos problemas que frequentemente se lhe associam e dos distúrbios que com ele partilham comunalidades de configuração e de ocorrência (em níveis muito superiores ao que seria de esperar pelo mero acaso) tornam evidente que este conceito (de DHDA) está ainda numa fase relativamente incipiente de construção. Por outro lado, existem fundadas dúvidas quanto à sua validade como "categoria diagnóstica" e sobretudo, não existe verdadeiramente uma teoria explicativa do DHDA. Claramente a investigação encontra-se numa fase "descritiva", de "caracterização" do distúrbio mas com evidentes dificuldades em definir manifestações comportamentais ou outras que permitam a sua identificação de forma relativamente segura. Os problemas de validação diagnóstica tornam-se ainda mais complexos quando se lida com questões etiológicas e de intervenção face ao DHDA. Na verdade, não só muitas destas crianças apresentam trajectos desenvolvimentais idênticos ao de crianças que recebem outros diagnósticos, como alguns dos processos de intervenção são inespecíficos e na verdade utilizáveis com muitas outras crianças.

Para duas das áreas disciplinares que se entrecruzam no estudo do DHDA em contexto escolar - (a) a psicologia da educação e (b) a psicopatologia do desenvolvimento - a sala de aula, as relações professor-aluno, a pressão curricular, a exigência de demonstração de competências académicas, as relações sociais específicas que aí se desenvolvem, as cognições face ao sucesso ou insucesso académi-

co e relacional, etc., conferem às manifestações do DHDA cambiantes particulares. Na verdade, muitos estudos recorrem aos professores ou ao grupo de pares como "informantes" do comportamento de crianças DHDA. Os professores são mesmo considerados como das pessoas mais bem colocadas para o despiste dos problemas comportamentais das crianças, dado o seu conhecimento dos padrões de desenvolvimento em diversas faixas etárias e os longos períodos que passam em contacto com as crianças (Agronin, Holahan, Shaywitz, & Shaywitz, 1992; Milich & Landau 1988; Pelham, Evans, Gnany, & Greenslade, 1992; Vaessen, 1991).

Do nosso ponto de vista, será tão interessante desenvolver uma teoria explicativa para o DHDA enquanto manifestação de um distúrbio comportamental, quanto o de desenvolver uma teoria explicativa para o DHDA em contexto escolar. De resto, o próprio conceito de "variabilidade situacional" do DHDA existe em larga medida em função do contexto escolar. Daí que alguns autores considerem que uma boa parte da "visibilidade" do DHDA fica a dever-se ao confronto da criança com situações em que as tarefas são altamente exigentes, quando o controlo e o apoio externo são mínimos e o apelo ao controlo e motivação internos são máximos (Douglas, 1988). O facto de num cada vez maior número de estudos se verificar que os défices de manutenção da atenção (supostamente típicos do DHDA) aparecem em algumas situações experimentais mas não noutras e que por vezes variações mínimas da situação experimental fazem emergir diferenças consideráveis de realização, torna muito vulnerável e pouco credível a noção dos "défices de atenção" nas crianças DHDA. Para além de que, quer em tarefas laboratoriais quer em tarefas escolares, os pro-

blemas de manutenção da atenção só são realmente evidentes e generalizados quando acompanhados por défices de aprendizagem (Tarnowski, Prinz, & Nay, 1986).

Estes factos, conjugados com a constatação de que factores relacionados com as instruções e com a motivação têm um papel fundamental no desencadeamento de sintomas de DHDA, levaram alguns investigadores a avançar com um modelo explicativo do DHDA com base na motivação (Barkley, 1990; Rosenthal & Allen, 1978; Sroufe, 1975). O potencial explicativo de tal modelo poderá, ao nível da sala de aula, ser ainda maior do que noutros contextos em que os sintomas se manifestem. Infelizmente, este tipo de modelo não tem sofrido grandes desenvolvimentos nos últimos anos e aquilo que até à data foi publicado é pobre em termos de teoria da motivação propriamente dita.

Alguns outros autores que têm contestado a centralidade dos défices de atenção no DHDA têm procurado desenvolver um modelo explicativo com base num défice ao nível dos mecanismos "auto-regulatórios" (Douglas 1988; Sergeant, 1990).

Curiosamente, na literatura educacional dedicada às questões da motivação em sala de aula, o conceito de "auto-regulação" é recente e tem por vezes colidido com os de "motivação", "volição" ou de *interesse intrínseco*". Na verdade a "auto-regulação" (que se refere aos pensamentos, sentimentos e acções auto-gerados pelo aluno e que são orientados para o atingimento de objectivos) e a "motivação" (processo pelo qual as actividades dirigidas a objectivos são instigadas e mantidas) constituem constructos reciprocamente relacionados o que levanta problemas na sua operacionalização e construção teórica). Por exemplo, um

aluno motivado para obter uma boa nota num teste está apto a empenhar-se em actos auto-regulatórios que ele supõe que o ajudarão a obter essa nota. A auto-regulação, por seu turno, promove a aprendizagem e a percepção de uma maior competência e mantém a motivação e a auto-regulação para atingir novos fins (Shunck e Zimmerman, 1994). O problema, segundo Shunck e Zimmerman, é que os investigadores nem sempre são sensíveis às distinções entre os constructos nem à sua interdependência.

Do nosso ponto de vista, quer a ideia do DHDA enquanto "distúrbio de défice de motivação" (Barkley, 1990), quer a ideia do DHDA enquanto "distúrbio da auto-regulação", possuem valor heurístico suficiente para estar na base de uma teoria explicativa do DHDA em sala de aula. Embora os trabalhos e estudos desenvolvidos nestas áreas sejam ainda dispersos e relativamente pouco estruturados, a forma inovadora como têm aplicado ao DHDA paradigmas "heréticos" (Barkley, 1990), é potencialmente explicativa de alguns dos principais problemas das crianças DHDA em sala de aula, nomeadamente:

- (a) *a motivação dos alunos DHDA para auto-regular a sua aprendizagem e comportamento.* Esta questão tem sido abordada através do estudo do auto-conceito dos alunos (McCombs, 1989) e sobretudo a partir das teorias das atribuições (Dweck, 1986; Nicholls, 1978; Lemos, 1993). No que diz respeito ao DHDA, tivemos já oportunidade de referir (ver "Relações sociais e Atribuições") um dos pouquíssimos estudos realizados sobre as atribuições em crianças DHDA. Nesse estudo, da

autoria de Milich e Okazaki (1989) é explorado o fenômeno do "desânimo aprendido" em crianças DHDA que apresentam problemas de relacionamento interpessoal e/ou de aprendizagem.

(b) *os métodos utilizados pelos alunos DHDA para regular o seu comportamento e aprendizagem.* É uma área em que sobressaem os estudos cognitivo-comportamentais sobre a auto-regulação comportamental a partir do "discurso interno" (nomeadamente o "treino de auto-instruções") (Lopes da Silva, 1985; Meichenbaum, 1977, 1988; Rohrkemper, 1989). Infelizmente, embora o seu poder explicativo se afigure bastante plausível, os resultados em termos de intervenção têm-se relevado muito modestos, sobretudo em termos da desejada generalização a situações que não aquela que está a ser "treinada" (Abikoff, 1991). Em todo o caso, dada a consonância explicativa deste modelo com o modelo do "défice auto-regulatório" (Douglas, 1988; Sergeant & van der Meere, 1989) cremos que mantém o seu interesse teórico, embora se torne indispensável esclarecer o porquê do reduzido valor prescritivo.

(c) *o tipo de esforços realizados pelos alunos DHDA para regular os seus resultados académicos e comportamentais.* Teóricos da volição têm explorado esta questão com crianças normais, assinando que não basta ao aluno "desejar" regular o seu comportamento e realização escolar. Tem

igualmente que ser capaz de proteger as suas "intenções" de outras que possam com elas entra em competição (Corno, 1989; Heckausen, 1991). No campo específico do DHDA, existem muitas referências ao "esforço", embora encarado sob perspectivas diferenciadas. Barkley (1990), Quay, (1998), Sergeant, (1988), van der Meere e Sergeant, (1988) por exemplo, são alguns dos autores que fornecem uma interpretação que Barkley denomina de "motivacional" para a falta de esforço das crianças DHDA e de acordo com a qual elas serão menos sensíveis aos reforços e punições. É uma perspectiva que poderá sofrer desenvolvimentos bastante interessantes se sustentada por abordagens já clássicos da área da motivação, como por exemplo o modelo "expectativa x valor" de Atkinson (1958). Para Atkinson, para além da disposição para se lutar por um objectivo particular (o motivo) há duas outras variáveis que afectam a realização: a *expectativa* e o *incentivo*. A expectativa é a probabilidade de que a realização da acção tenha uma determinada consequência. O incentivo é a quantidade de recompensa ou satisfação potencial oferecida se a consequência esperada ocorrer. A tendência para a acção é vista como determinada não só pelos motivos mas também pela expectativa de sucesso ou insucesso e ainda pelo valor atractivo do sucesso e repulsivo do fracasso (Lemos, 1993). Barkley (1990) sugere precisamente que as crianças DHDA apresentam um tipo particular de

resposta ao "incentivo", representado por uma grande insensibilidade às consequências dos actos. Tal facto evidenciará uma "impulsividade cognitivo-comportamental", com prejuízo quer dos comportamentos sociais (relações com os pares, nomeadamente) quer das realizações académicas (deterioração da precisão de resposta).

É de crer que algumas das dificuldades de integração dos constructos "auto-regulação" e "motivação" numa teoria explicativa do comportamento de crianças DHDA em sala de aula assenta na noção de que o "défice auto-regulatório" destas crianças se manifesta sempre até porque tem uma base neurológica (Barkley, 1990). Porém, a suposta base "neurológica" ainda não está demonstrada e é bem possível que o valor de atracção da tarefa influencie a demonstração de "capacidades auto-regulatórias", como aliás o próprio Barkley tem evidenciado em diversos escritos, ao salientar que o DHDA constitui um problema de "desregulação" e não de "défice" (Barkley, 1994). A própria variabilidade situacional do DHDA bem como a persistência, empenhamento e eficácia de alunos DHDA com bom rendimento escolar evidenciam como o "motivo" (Atkinson, 1964; Lemos, 1993) interfere decisivamente com a demonstração dos níveis de auto-regulação. A auto-realização efectiva exige que os alunos tenham objectivos e motivação para os atingir (Bandura, 1986; Zimmerman, 1989). Os alunos têm assim que regular não só as suas acções mas também os motivos subjacentes a essa acção, ou seja, as suas cognições, intenções e afectos relativos às suas realizações comportamentais e escolares (Schunck, 1994). Esta visão é

consonante com a noção de que os alunos não são meros receptores passivos de informação e têm uma larga margem de possibilidade de controlo sobre os seus objectivos (Pintrich e Schrauben, 1992). A ideia da "insensibilidade" das crianças DHDA às consequências deveria pois, do nosso ponto de vista, incorporar o "motivo" e o "valor de atracção da tarefa", o que, para além de representar uma concepção mais "activa" do indivíduo, aumentaria o poder explicativo dos comportamentos de crianças DHDA em sala de aula. Mais ainda: permitiria fornecer argumentos e explicações adicionais para o padrão comportamental de (eventuais) subtipos educacionais de DHDA.

Insistimos na ideia de que o sucesso social e escolar afecta necessariamente a percepção de auto-eficácia e as atribuições dos alunos, e estas, por sua vez, influenciam o padrão comportamental de alunos específicos. Aliás, a investigação sustenta claramente a ideia de que a auto-regulação depende dos sentimentos do aluno relativamente às suas realizações e do tipo de atribuições que mantêm os seus esforços face à aprendizagem (Schunk, 1989; Zimmerman & Martinez-Pons, 1992; Schunck, 1994).

Apesar de insistirmos no papel que os problemas de aprendizagem desempenham no padrão comportamental de crianças DHDA com Problemas de Aprendizagem, queremos deixar claro que não estamos a postular que são os Problemas de Aprendizagem que estão na base do comportamento hiperactivo destas crianças. Poderão sê-lo em alguns casos. No entanto, como tivemos já ocasião de discutir (ver "Os Problemas de Aprendizagem provocam o DHDA ou o DHDA provoca Problemas de Aprendizagem?") a questão da possível causalidade DHDA/DA está longe de ser pacífica. É plausível que

exista uma influência recíproca e que em muitos casos a instabilidade comportamental e as respostas impulsivas deterioreem a aprendizagem ou o comportamento social, assim como em muitos outros os problemas de aprendizagem originarão uma "resposta adaptativa" socialmente inadequada mas que preserva o valor próprio. A partir daqui poderá construir-se um ciclo vicioso afastando-se o comportamento da criança cada vez mais daquilo que se lhe exige. O ponto que gostaríamos de realçar é que, independentemente da direccionalidade das influências, a auto-regulação dos alunos DHDA ou de quaisquer outros, depende das atribuições e dos seus efeitos na auto-eficácia e motivação. As atribuições entram no processo de auto-regulação no decurso dos estádios de auto-avaliação das suas realizações. Daí a importância do sucesso social e escolar. De resto, o trabalho de Milich e Okazaki (1991) evidencia quanto os processos de atribuição de alunos DHDA tem semelhanças com os alunos com problemas de aprendizagem e produz o fenómeno do "desânimo aprendido" (Seligman, 1975), com atribuições frequentes do fracasso social e escolar a acontecimentos externos.

Em resumo, cremos que o modelo do "défice motivacional", cuja formulação é bastante incipiente em termos de teorias da motivação, e o modelo do "défice de auto-regulação" possuem, apesar da sua relativa imaturidade, potencialidades extremamente interessantes para a explicação do DHDA em sala de aula. Têm a grande vantagem de possuir um carácter eminentemente educativo e ainda assim ser consonantes com os modelos neuropsicológicos e com os

efeitos da medicação estimulante nestas crianças (hoje encarada como tendo impacto nos comportamentos do indivíduo e contribuindo em muitos casos para a alteração da percepção que os outros e também o próprio tem do seu comportamento). Dada porém a juventude dos modelos e alguma insipiência do desenvolvimento dos conceitos que lhe aparecem associados, terão que sofrer ainda grandes desenvolvimentos para se revelarem satisfatórios. Ainda assim, a comunidade educativa que se interessa pelos problemas de comportamento e de aprendizagem das crianças DHDA dificilmente poderá ignorá-los.