

### **Atenção concentrada e prolongada no DHDA: apresentação e análise dos resultados**

Antes de apresentarmos os resultados encontrados nas "Provas de Atenção Concentrada/Prolongada", relembremos as hipóteses que havíamos formulado no início da II Parte deste trabalho relativamente ao desempenho dos diversos grupos de crianças nestes testes.

1 - Alunos com (a) Problemas de Aprendizagem, (b) Distúrbio de Oposição, (c) Problemas de Aprendizagem e de Comportamento (Comórbidos), (d) Normais ou com (e) Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção, apresentam realizações diferenciais em provas (de tipo "laboratorial") que exigem "manutenção prolongada da atenção".

2 - Os alunos DHDA, quando comparados (nestas mesmas tarefas) com os restantes alunos com problemas, não evidenciam qualquer défice específico e podem mesmo obter resultados superiores aos alunos com problemas de aprendizagem.

3 - Os alunos NORMAIS apresentam realizações significativamente superiores ao conjunto dos restantes alunos.

O enunciado destas hipóteses consubstancia a noção de que (a) o DHDA não constitui essencialmente um "défice de atenção" (*concentrada* ou *prolongada*), (b) que a sua identificação, despiste e diagnóstico não deverá passar primordialmente pela avaliação da "atenção" e (c) que esta não desempenha um papel significativo na configuração do distúrbio. Por outro lado, admite-se uma maior "visibilidade" dos problemas da "atenção" em crianças com problemas de aprendizagem do que naquelas que supostamente apresentam "o" distúrbio de "défice de atenção". Daí a hipótese, já anteriormente formulada, de a subcategoria "Distúrbio de Défice de Atenção/sem Hiperactividade" (DSM-III, APA, 1980) constituir um subgrupo de problemas de aprendizagem escolar.

As características essenciais dos subgrupos integrantes do nosso estudo foram já descritas neste capítulo, pelo que nos dispensámos de os enunciar de novo. Contudo, é importante notar que os subgrupos são homogéneos no que diz respeito à idade ( $\chi^2(4, 188) = 4,31 \quad p < n.s.$ ), já que houve a preocupação expressa de excluir da amostra indivíduos com mais de 11 anos. Por outro lado, no que diz respeito ao Nível Sócio-Económico (NSE) - que neste trabalho não é utilizado como variável de estudo mas que não deixa de ser interessante referir - já se verifica a existência de diferenças intergrupais ( $\chi^2(4, 188) = 7,8550 \quad p < ,001$ ). Este efeito é particularmente significativo para o NSE médio do subgrupo COMÓRBIDO.

As diferenças de desempenho dos grupos nas provas de atenção foram testadas através de uma análise univariada da variância ("oneway") com procedimento *Scheffe* de comparação múltipla. O grupo de crianças DHDA foi ainda contrastado com o conjunto de crianças com problemas de aprendizagem (Grupo

PA+Grupo Comórbido) e grupo NORMAL foi contrastado com os restantes grupos sendo as diferenças de médias testadas através de um teste *t de Student*. Realizou-se ainda uma análise multivariada da variância (MANOVA) no sentido de analisar o efeito (a) do tipo de prova ou tempo de duração da prova) (atenção "concentrada" /atenção "prolongada"), (b) da dificuldade da prova (situação simples/situação complexa) no desempenho dos sujeitos. Os resultados são apresentados nas rubricas e quadros seguintes.

#### ATENÇÃO CONCENTRADA

O quadro 7.6. evidencia a influência que o tipo de tarefa (tarefa simples ou tarefa complexa) exerce sobre o desempenho dos grupos de sujeitos da amostra nas Provas de Atenção Concentrada. Como é visível, existe um "efeito de grupo" no desempenho destas provas. Esse efeito é mais significativo para as "tarefas complexas" ( $F_s(4,183) = 6,31, p < .0001$  e  $(4,183) = 6,03, p < .0001$ , para a Velocidade e Eficiência respectivamente) do que para as "tarefas simples" ( $F_s(4,183) = 2,70, p < .05$  e  $(4,183) = 2,75, p < .05$ ). Estes resultados indicam que o aumento da complexidade da tarefa tende a acentuar as diferenças entre os grupos de maior e menor desempenho, ainda que, como é o caso, essa "complexidade" seja mínima.

Quadro 7.6. - Análise da variância de "Velocidade" e "Eficiência" por grupo diagnóstico

Fonte	gl	F	
		tarefa simples	tarefa complexa
Inter grupos			
Velocidade	4	2,70*	6,31***
Eficiência	4	2,75*	6,03***

Nota. gl = graus de liberdade

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

A análise conjunta das diferenças de realização média dos grupos (quadro 7.7.), permite por seu turno constatar que, quer no que respeita à "velocidade", quer no que respeita à "eficiência", há praticamente sempre (a única exceção verifica-se em "eficiência" na "tarefa simples") diferenças intergrupais significativas ( $p < .05$  no teste de comparação múltipla de Scheffe). Estas diferenças, porém, têm sempre o mesmo sentido, já que apenas diferem significativamente o grupo PA (Problemas de Aprendizagem) (o que tem resultados mais baixos) e o grupo NORMAIS (o que tem sistematicamente os melhores resultados). Relativamente aos outros grupos, embora não haja diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que as suas médias tendem a ser superiores às dos alunos PA e inferiores às dos alunos NORMAIS. Dir-se-ia pois que os alunos DHDA, DO e COMÓRBIDOS têm realizações bastante aproximadas nestas provas mas não se diferenciam significativamente nem dos PA nem dos NORMAIS.

Quadro 7.7. - Resultados nos diferentes tipos de tarefa, por grupo diagnóstico

	Tipo de Tarefa							
	tarefa simples				tarefa complexa			
	<u>velocidade</u>		<u>eficiência</u>		<u>velocidade</u>		<u>eficiência</u>	
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
PA (n=72)	14,55b	5,73	14,44a	5,75	10,94b	5,94	10,49b	6,96
DHDA (n=17)	15,41a	5,33	15,41a	5,33	11,52a	4,56	11,41a	4,62
DO (n=11)	15,36a	6,02	15,36a	6,02	12,76a	4,13	13,91a	4,53
COM (n=25)	15,40a	5,64	15,00a	5,35	14,45a	5,89	11,80a	6,25
NORMAIS (n=63)	17,57a	4,85	17,44a	4,86	15,50a	5,20	15,32a	5,36

NOTA - PA (Problemas de Aprendizagem); DHDA (Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção); Do (Distúrbio de Oposição); COM (Comórbidos - Problemas de Aprendizagem+Problemas de Comportamento). M = Média. dp = desvio-padrão. Médias na mesma coluna com diferentes subscrições diferem significativamente a  $p < .05$  no teste de comparação múltipla de Scheffe. Porém, estas diferenças só são significativas relativamente ao grupo de alunos "NORMAIS".

Quadro 7.8. - Resultados contrastados nos diferentes tipos de tarefa, por agrupamentos específicos

---

<u>CONTRASTE 1 (DHDA x PA+COM)</u>				
<u>tarefa simples</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	,86	,29	183	,766
Eficiência	,18	,07	183	,944
 <u>tarefa complexa</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	-,64	-,22	183	,827
Eficiência	,09	,028	183	,977
 <u>CONTRASTE 2 (NORMAIS x NÃO-NORMAIS)</u>				
<u>tarefa simples</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	9,55	2,61	183	,01
Eficiência	7,13	2,14	183	,03
 <u>tarefa complexa</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	12,34	3,32	183	,001
Eficiência	13,22	3,29	183	,001

---

Nota. GL = Graus de Liberdade. Não-normais = PA+DHDA+DO+COMÓRBIDOS

A análise dos contrastes de agrupamentos específicos, assinalada no quadro 7.8., permite concluir basicamente (1) que as crianças DHDA, contrariamente ao que havíamos hipotetizado, não se diferenciam do conjunto de crianças com problemas de aprendizagem (integrando as PA + COMÓRBIDAS). Tal facto fica a dever-se fundamentalmente ao desempenho do grupo COMÓRBIDO, cujos resultados se esperava serem

inferiores a todos os outros grupos; (2) conclui-se ainda, como se esperava, que o grupo dos NORMAIS se diferencia muito significativamente do conjunto dos "não-normais" em todas as tarefas.

#### *ATENÇÃO PROLONGADA*

Nas provas de "atenção prolongada" o "efeito de grupo", que já se havia verificado para as provas de "atenção concentrada", é novamente evidente (quadro 7.9.). Contudo, verifica-se uma maior homogeneidade na significância das diferenças de prova para prova. Assim, existem em todas as provas diferenças muito significativas, quer na velocidade (tarefa simples ou complexa) quer na eficiência (tarefa simples ou complexa) ( $F_s(4, 183) = 4,51, p. < .001, (4, 183) = 5,25, p. < .001, (4, 183) = 4,56, p. < .001$  e  $(4, 183) = 4,85, p. < .001$ , respectivamente). O facto de neste tipo de tarefas os diversos  $F_s$  serem muito idênticos, faz supor que o prolongamento da tarefa, só por si, esbate a diferenciação entre prova simples/prova complexa e simultaneamente marca diferenças sensíveis entre os grupos. Seria no entanto abusivo concluir que o "montante" da tarefa marca mais diferenças do que a "qualidade" ou "tipo" da mesma, dado que, nesta situação, a diferença entre o "simples" e o "complexo" é relativa. Contudo, em função destes resultados, ganha alguma relevância a argumentação recente de Taylor (1995) segundo a qual, neste tipo de provas, diferenças "aparentemente menores" na apresentação dos estímulos podem estabelecer diferenças fundamentais quanto aos processos teóricos medidos e quanto aos resultados.

Quadro 7.9. . Análise da variância de "Velocidade" e "Eficiência" por grupo diagnóstico

Fonte	gl	F	
		tarefa simples	tarefa complexa
Inter grupos			
Velocidade	4	4,51***	5,25***
Eficiência	4	4,56***	4,85***

Nota. gl = graus de liberdade

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001

A análise comparada dos resultados médios dos grupos nestas provas está bastante mais próxima das hipóteses inicialmente formuladas do que aquilo que se havia verificado relativamente às provas de "atenção concentrada". Assim, como se pode verificar no quadro 7.8., o grupo de crianças normais, cujos resultados são sempre superiores aos dos restantes grupos, apresenta sempre diferenças significativas relativamente a pelo menos um dos restantes grupos. Essas diferenças são significativas face ao grupo PA em todas as provas excepto na "eficiência-tarefa simples", o mesmo se verificando face ao grupo COMÓRBIDO, com excepção da "velocidade-tarefa simples". Uma vez mais o grupo DHDA e DO não apresentam diferenças estatisticamente significativas quer relativamente aos normais, quer relativamente aos outros grupos. Contudo, é razoável que se diga que em termos de desempenho médio estão muito mais próximos dos grupos "não-normais" do que dos normais.



Quadro 7.10. - Resultados nos diferentes tipos de tarefa, por grupo diagnóstico

	Tipo de Tarefa							
	tarefa simples				tarefa complexa			
	<u>velocidade</u>		<u>eficiência</u>		<u>velocidade</u>		<u>eficiência</u>	
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
PA (n=72)	11,09 <sub>b</sub>	4,82	11,38 <sub>a</sub>	4,85	7,90 <sub>b</sub>	3,19	7,61 <sub>b</sub>	3,29
DHDA (n=17)	11,43 <sub>a</sub>	2,34	11,74 <sub>a</sub>	2,35	9,05 <sub>a</sub>	2,94	8,88 <sub>a</sub>	3,00
DO (n=11)	11,61 <sub>a</sub>	4,34	11,58 <sub>a</sub>	4,35	9,44 <sub>a</sub>	3,83	9,35 <sub>a</sub>	3,77
COM (n=25)	11,79 <sub>a</sub>	5,65	11,04 <sub>b</sub>	5,64	9,65 <sub>b</sub>	4,18	9,54 <sub>b</sub>	4,62
NORMAIS (n=63)	14,15 <sub>a</sub>	2,85	14,12 <sub>a</sub>	2,86	10,96 <sub>a</sub>	2,56	10,81 <sub>a</sub>	2,95

NOTA - PA (Problemas de Aprendizagem); DHDA (Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção); Do (Distúrbio de Oposição; COM (Comórbidos - Problemas de Aprendizagem+Problemas de Comportamento). M = Média. DP = desvio-padrão. Médias na mesma coluna com diferentes subscrições diferem significativamente a  $p < .05$  no teste de comparação múltipla de Scheffe. Porém estas diferenças só são significativas relativamente ao grupo de alunos "NORMAIS".

Quadro 7.11. - Resultados contrastados nos diferentes tipos de tarefa, por agrupamentos específicos

<u>CONTRASTE 1 (DHDA x PA+COM)</u>				
<u>tarefa simples</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	1,05	,47	183	,640
Eficiência	1,07	,47	183	,637
* Graus de liberdade				
<u>tarefa complexa</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	1,92	1,10	183	,272
Eficiência	2,21	1,18	183	,240
<u>CONTRASTE 2 (NORMAIS x NÃO-NORMAIS)</u>				
<u>tarefa simples</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	10,68	3,77	183	,000
Eficiência	10,75	3,79	183	,000
<u>tarefa complexa</u>				
	Valor	Valor t	G.L.	Prob. t
Velocidade	7,80	3,62	183	,000
Eficiência	7,83	3,40	183	,001

Nota. GL = Graus de Liberdade. Não-normais = PA+DHDA+DO+COMÓRBIDOS

Os resultados dos contrastes de sub agrupamentos específicos (quadro 7.11.) evidenciam precisamente o que acabámos de dizer, já que, uma vez mais, as crianças DHDA não se diferenciam significativamente das restantes crianças com problemas de aprendizagem, em qualquer índice e em qualquer tipo de situação. Contrariamente, os alunos NORMAIS têm

realizações significativamente superiores ao conjunto dos restantes grupos (incluindo os DHDA), nos dois índices das duas situações (simples e complexa). Deste modo, neste grupo de provas e para os dois índices, confirma-se a nossa hipótese inicial de que, numa comparação conjunta, não se evidenciam diferenças significativas do grupo DHDA em relação a qualquer dos outros grupos, nomeadamente (o que nos interessa em particular) face ao grupo NORMAL. Do mesmo modo, confirma-se a superioridade do grupo NORMAL em comparação com os restantes.

Equívocos, porém, são os resultados da comparação dos alunos DHDA com os alunos com problemas de aprendizagem. Estes resultados, se não infirmam em absoluto a hipótese, também não a confirmam. Assim, apesar de se verificar que as crianças DHDA não "evidenciam qualquer défice específico" em relação aos alunos com problemas de aprendizagem (conforme o postulado), a verdade é que também não revelam qualquer superioridade de resultados (contrariamente ao que postuláramos).

A Figura 7.2. explicita, em termos gráficos, os resultados obtidos pelos grupos no conjunto das provas de atenção. Para além das constatações relativas às diferenças intergrupais a que já aludimos anteriormente, este gráfico permite ainda acentuar o seguinte:

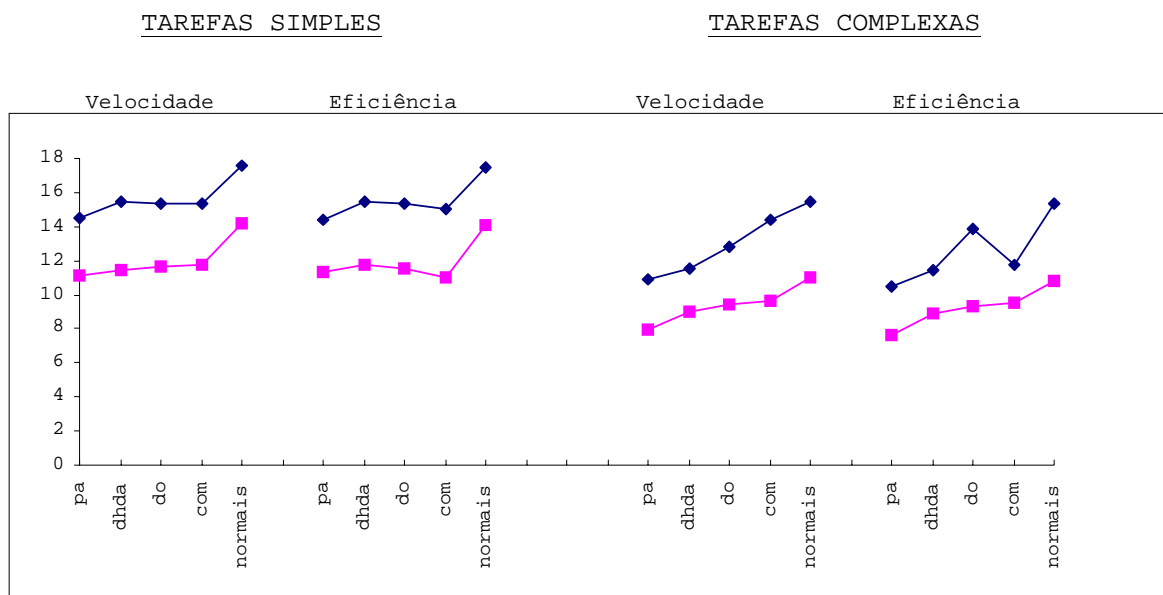
(I) os gráficos para a "velocidade" são praticamente iguais aos da "eficiência", o que não permite realizar, para estes grupos, quaisquer suposições especiais quanto a hipotéticas diferenças entre "desatenção" e "impulsividade" (constructos supostamente medidos pelos índices "velocidade" e "eficiência");

(II) os grupos tendem a manter as suas posições relativas no que diz respeito à realização, independentemente do tipo de prova;

(III) o desempenho dos grupos deteriora-se em função da *extensão da tarefa*. Assim, para todos eles os resultados são claramente inferiores nas provas de "atenção prolongada". As perdas (no conjunto dos grupos) são nestas provas, relativamente às provas de "atenção concentrada", da ordem dos 23% na "tarefa simples" e dos 28% na "tarefa complexa". Contudo, as perdas revelam-se relativamente homogêneas para todos os grupos. Curiosamente, é até o grupo dos NORMAIS que apresenta uma maior diferença nas perdas entre "tarefa simples" e "tarefa complexa" (20% na primeira e 30% na segunda), com o grupo COMÓRBIDO a evidenciar novamente um comportamento pouco previsível e a perder menos na primeira tarefa (26%) do que na segunda (20%). O grupo DHDA tem perdas aparentemente insensíveis ao tipo de tarefa (24%-23%);

(IV) O *tipo de tarefa* tem um efeito claro sobre o desempenho dos grupos. Nas provas de "atenção concentrada", a diferença de rendimento entre "tarefa simples" e "tarefa complexa", é para o conjunto dos grupos de 20%; nas provas de "atenção prolongada" essa diferença sobe para os 27%. Como dissemos anteriormente, isto parece confirmar a ideia de que mesmo alterações aparentemente menores podem provocar diferenças de rendimento significativas (Taylor, 1995).

Figura 7.2. - Representação esquemática dos resultados médios obtidos pelos grupos nas provas de atenção



O quadro 7.12. complementa e confirma os resultados anteriormente expostos. Assim, verifica-se a existência de efeitos principais muito significativos tanto na "velocidade" como na "eficiência" no que diz respeito (a) ao tipo de prova ("atenção concentrada" versus "atenção prolongada"), (b) à dificuldade da prova ("tarefa simples" versus "tarefa complexa") e, naturalmente, (c) quanto ao grupo diagnóstico (PA, DHDA, DO, COMÓRBIDO, NORMAIS). Contudo, a interação do tipo de prova com a dificuldade da mesma, não produz qualquer efeito significativo nos resultados, o mesmo sucedendo relativamente à interação do tipo de prova com o grupo diagnóstico, da dificuldade da prova com o grupo diagnóstico da interação das três variáveis. Tal facto traduz a homogeneidade de variação dos resultados dos grupos nas diversas provas, sendo que, quando um tende a ter piores

realizações (devido à dificuldade ou à extensão da prova), o mesmo sucede a todos os outros.

Quadro 7.12. - Análise de variância do efeito de *dificuldade*, *tipo* de prova e *grupo*, no desempenho

Fonte	gl	F	
		velocidade	eficiência
Tipo (A)	1	35,64***	38,91***
Dificuldade (B)	1	68,87***	56,44***
Grupo (C)	4	15,94***	15,98***
A x B	1	,99	,79
A x C	4	,87	,86
B x C	4	1,45	1,30
A x B x C	4	,59	,52

Nota. Tipo = Prova de atenção concentrada/prova de atenção prolongada.  
 Dificuldade = Tarefa simples/tarefa complexa. gl = graus de liberdade  
 \*\*\*p < .001.

### Poder Discriminativo da Atenção

Os resultados apresentados do quadro 7.13. constituem uma repetição do processo já utilizado neste estudo para avaliação do grau de correcção da inclusão dos alunos nos diferentes grupos. Nessa altura, havíamos integrado na equação discriminante as seguintes variáveis: (1) notas escolares, (2) resultados na prova de leitura, (3) resultados na escala de despiste de DHDA e (4) resultados obtidos na escala de despiste de DO. Acrescentamos agora a essa variáveis duas outras referentes a resultados nas provas de manutenção da atenção: (5) "eficácia" na manutenção prolongada da atenção - situação simples; (6) "eficácia" na manutenção prolongada da atenção - situação complexa.

Quadro 7.13. - Números e percentagens de casos "agrupados" e correctamente classificados

<u>Grupo Actual</u>	<u>nº de casos</u>	<u>PREVISÃO DE GRUPO DE PERTENÇA</u>				
		<u>GRUPO 1</u>	<u>GRUPO 2</u>	<u>GRUPO 3</u>	<u>GRUPO 4</u>	<u>GRUPO 5</u>
<b>GRUPO 1</b> PA	<b>72</b>	70 (97.2%)	1 (1.4%)	0	0	1 (1.4%)
<b>GRUPO 2</b> DHDA	<b>17</b>	0	17 (100%)	0	0	0
<b>GRUPO 3</b> DO	<b>11</b>	0	0	10 (91%)	0	1 (9%)
<b>GRUPO 4</b> COMÓRBIDO	<b>26</b>	0	1 (4%)	1 (4%)	24 (92%)	0
<b>Grupo 5</b> NORMAIS	<b>64</b>	2 (3%)	1 (1.5%)	1 (1.5%)	0	60 (94%)

Nota. PA - Problemas de Aprendizagem. DHDA - Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. DO - Distúrbio de Oposição. Comórbido - Problemas de Comportamento+Problemas de Aprendizagem. As duas primeiras colunas indicam os grupos em que os alunos foram integradas e respectivos n<sub>s</sub>. As restantes colunas indicam os grupos prováveis de pertença em função dos desempenhos nas medidas utilizadas.

Comparando estes resultados com os anteriormente alcançados, verifica-se que os resultados nas provas de atenção não só não acrescentam nada à potência discriminativa

da equação, como até a diminuem ligeiramente (96.3% sem as variáveis de atenção contra 95.2% com essas variáveis). Este facto parece confirmar que a "atenção", em si mesma, não pode ser utilizada como factor de discriminação do DHDA relativamente a outro tipo de problemáticas da infância e até mesmo em relação à "normalidade". Poderá, quanto muito, ter uma papel secundário ou constituir um sintoma associado. Contudo não é de todo recomendável enquanto sintoma diagnosticador nem útil para realização de diagnósticos diferenciais. Este facto é relevante do ponto de vista prático e do ponto de vista conceptual. Por um lado, porque acentua a pouca relevância da utilização de provas de atenção no despiste do problema e conseqüentemente desvaloriza quaisquer estratégias de intervenção especificamente direccionadas para esta área. Por outro lado, porque questiona directamente o "núcleo central" da conceptualização do DHDA, colocando em causa quer o papel do constructo atenção quer a própria denominação do distúrbio.

Os resultados levantam questões teóricas e práticas relevantes relativamente ao Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. Relembremos que, no geral, os resultados apontam para a inexistência de qualquer défice específico do grupo DHDA, quer nas provas de curta duração, longa duração, simples ou complexas, relativamente aos grupos de comparação. É no entanto certo que os seus desempenhos se aproximam muito mais dos grupos "não-normais" do que do grupo NORMAL. Contudo, não deixa igualmente de se verificar que na comparação múltipla dos grupos só as diferenças entre os NORMAIS, os PA e os COMÓRBIDOS se revelam estatisticamente significativas.



Em função destes dados, poderíamos basicamente concluir que (a) não há diferenças entre os grupos DHDA, DO, PA, COMÓRBIDO e que (b) o grupo DHDA, apesar da não verificada significância estatística das diferenças relativamente aos NORMAIS, tem desempenhos sistematicamente inferiores. Por outro lado - e talvez mais importante - é a constatação de que a "atenção" não parece desempenhar qualquer papel na discriminação dos grupos e tem pouco ou nenhum interesse "classificatório" relativamente aos grupos considerados no estudo.

Provavelmente, as dificuldades em se ser conclusivo no que aos défices de manutenção da atenção diz respeito, entroncam quer na "configuração" do quadro sindrômico DHDA, quer na natureza dos "défices de atenção", quer ainda nas complexas relações do DHDA com as problemáticas que lhe estão próximas e cujas manifestações em contexto de sala de aula levantam sérias dúvidas de diagnóstico diferencial.

O caminho por que se enveredou na década de 80, enfatizando os "défices de manutenção prolongada da atenção" ter-se-á revelado um logro, não só do ponto de vista da caracterização e diagnóstico do quadro mas também do ponto de vista da intervenção. De facto não consta da literatura que seja dado qualquer relevo ao "treino da atenção" no DHDA, o que é no mínimo paradoxal dados os supostos "défices de atenção" destas crianças. Contudo, o que se verifica é que o conjunto de técnicas de intervenção no DHDA não tem sequer uma particular especificidade e até mesmo a utilização de medicação estimulante se revela inespecífica, já que se aplica igualmente - e com sucesso - em casos de distúrbio de conduta e de oposição (Forness et al, 1987; Pliszka, 1989). O ponto marcante, porém, é a inexistência de uma relação clara entre a conceptualização, o diagnóstico e

a intervenção. Na verdade, entende-se mal que o aspecto (a desatenção) "central" da conceptualização do distúrbio não desempenhe qualquer papel especial na intervenção.

Do ponto de vista comportamental (as observações directas em sala de aula demonstram-no), não parecem restar grandes dúvidas de que a hiperactividade é de facto acompanhada por desatenção. Contudo, isso não demonstra que os défices de atenção sejam antecedentes da hiperactividade e muito menos que a impulsividade e a hiperactividade constituam sintomas de um "défice de atenção" (Taylor, 1995). Existem até nas salas de aula alunos cujos níveis de atenção são altamente deficitários e que não são de forma alguma hiperactivos, impulsivos ou perturbadores. Estes alunos, cuja frequência se estima em 1 para 100 na população em idade escolar, parecem, eles sim, apresentar um "défice de atenção puro" (Szatmari et al., 1989; Korkman e Pesonen, 1994; Taylor, 1989). Taylor, Sandberg, Thorley, e Gilles (1991) afirmam que estas crianças obtêm resultados inferiores em testes psicométricos, são mais apáticas, mostram-se mais "ausentes" das aulas e de uma forma geral provêm de grupos socioeconómicos desfavorecidos. Este perfil parece bastante adequado à descrição da subcategoria Distúrbio de Défice de Atenção sem Hiperactividade (DSM-III, APA, 1980) a qual, conforme tivemos oportunidade de discutir anteriormente, está muito próxima, ou constitui mesmo um subgrupo de Problemas de Aprendizagem. Este grupo, conforme assinala Hinshaw (1992) contestando a definição de Dificuldades de Aprendizagem a partir da discrepância QI-Realização, tem efectivamente em média resultados mais baixos nos testes de inteligência e, tal como se demonstra nos dados avançados por Rutter, Tizard, & Whitmore (1970) quer na Ilha de White quer em Londres, "sofrem" de todos os problemas que

a pobreza acarreta, incluindo menor estimulação e maiores problemas escolares.

Claramente, um dos problemas centrais que continua por resolver é o da identificação dos possíveis défices de crianças com diagnóstico de DHDA e saber se entre as áreas deficitárias se conta a atenção. Alguns autores sublinham mesmo que realizações inferiores em testes de atenção, podem não significar "défices de atenção", já que a realização em qualquer teste constitui uma "capacidade genérica" relacionada com o QI (Taylor, 1995). Assim, realizações fracas nestes testes podem relacionar-se com uma diminuição dessa "capacidade genérica" e justificar que os hiperactivos tenham desempenhos igualmente baixos em testes como "memória de dígitos" (Taylor, et. al., 1991) ou "velocidade de resposta" (Sykes, Douglas, & Morgenstern, 1973).

Comummente, a literatura especializada tem focalizado a sua atenção, como já referimos, nos défices de *manutenção prolongada da atenção* (ex. Douglas, 1983; Douglas & Peters, 1979; Posner & Peterson, 1990; Posner et al., 1988). Claramente, na nossa amostra não se encontra evidência que sustente esta ideia. Na verdade, se as crianças DHDA fossem realmente deficitárias na manutenção prolongada da atenção, teríamos verificado uma interação entre "grupo diagnóstico" e "tempo" na tarefa, o que não acontece. Inclusivamente, a "ordenação" dos grupos em função do desempenho é perfeitamente similar nas provas de curta e de longa duração. Eventualmente poderia afirmar-se que se a nossa prova de "atenção prolongada" tivesse 16 ou 32 minutos em vez de 8 minutos, acentuaria as diferenças intergrupais e faria emergir mais claramente os défices dos alunos DHDA. Contudo, não é de supor que diferenças que não emergem entre provas de 30 segundos e 8 minutos possam emergir simplesmente com

prolongamentos. Por outro lado, Robins (1992), Schachar et al. (1988), Taylor et al., (1991), Taylor (1995), van der meere e Sergeant (1988) entre outros, referem que o déficit - a existir - tanto é manifesto ao cabo de poucos segundos, como de várias horas (!).

Os resultados que encontramos são genericamente idênticos aos de Tarnowski, Prinz e Nay (1986, 1988) e de Pennington, Groisser, e Welsh (1993) e são incompatíveis com a conceptualização do DHDA como um déficit primário de atenção. Contudo, gostaríamos de reafirmar que se os nossos resultados evidenciam que as crianças DHDA da amostra não se diferenciam das outras crianças com problemas, evidenciam igualmente, em termos de desempenho médio, que elas estão bem mais próximas destas últimas do que das normais (embora as diferenças face aos NORMAIS, em termos de comparação múltipla, não se apresentem estatisticamente significativas). Os resultados são pois algo equívocos, ou, pelo menos não suficientemente claros. Assim, embora tivéssemos partido de uma posição que estava próxima da de Sergeant e van der Meere (1989) ou de Schachar et al. (1988), de acordo com os quais, em condições de activação suficiente, as crianças DHDA desempenham tão bem ou quase tão bem quanto as normais, verificamos que os resultados (significância estatística à parte) se aproximam mais dos de Robins (1992), August e Garfinkel (1990) ou Kupietz (1990) (entre outros), segundo os quais os TRC (Testes de Realização Contínua) diferenciam NORMAIS de DHDA mas não diferenciam DHDA de crianças com outro tipo de problemas. Seja como for, o que se conclui claramente dos nossos resultados e está na linha dos dados avançados por todos estes autores, é a inexistência de um déficit específico de manutenção prolongada da atenção em crianças DHDA. Quando muito, poderia aventar-se a hipótese de um déficit

inespecífico de atenção prolongada num conjunto relativamente alargado de distúrbios, incluindo DHDA, Problemas de Aprendizagem, Problemas de Comportamento (PC) e, por maioria de razão, Deficiência Mental (DM) (Robins, 1992). Contudo, mesmo esta forma de colocar o problema poderia implicar que o défice não se centrasse propriamente na atenção mas ao nível de uma capacidade mais geral, ou seja a inteligência (Taylor, 1995). De facto, se há algo que frequentemente estes alunos (DHDA, PA, PC, DM) partilham é uma capacidade diminuída de adaptação ao contexto e aprendizagens escolares, pelo menos em parte atribuíveis a quocientes intelectuais deprimidos (Hinshaw, 1992). O problema poderia pois situar-se ao nível do *processamento controlado da informação*, com prejuízo para o desempenho. Contudo, mesmo os trabalhos investigando esta hipótese não a têm confirmado (Sergeant & Scholten, 1985; Schachar & Logan, 1990).

Em função da incapacidade de se demonstrar défices ao nível da atenção em crianças DHDA e da inutilidade da noção de "défices de atenção" para a intervenção, cremos que, no que diz respeito ao DHDA em contexto de sala de aula, a questão deverá ser recolocada em três planos: (1) o primeiro diz respeito à definição dos défices e características fundamentais do DHDA, uma vez afastada a noção de "défice específico de atenção"; (2) o segundo, diz respeito à ponderação atribuível ao contexto escolar para o aparecimento de manifestações de DHDA e relações deste distúrbio com outros problemas com impacto na sala de aula; (3) o terceiro, mais conceptual, diz respeito à adopção de uma perspectiva mais categorial ou mais dimensional do problema (ou conjunto de problemas?).

Uma vez que estas questões foram abordadas e debatidas ao longo deste trabalho, não as retomaremos de forma exaustiva. Relembremos apenas as linhas de força essenciais que podem constituir respostas a essas questões:

1. Basicamente, poder-se-ia dizer que há hoje dois modelos bastante "apelativos" na caracterização e explicação do DHDA em contexto de sala de aula. Um é o modelo do *défice auto-regulatório*; outro é o *modelo do défice de motivação*. Entre eles não só não há incompatibilidade, como existe uma clara continuidade conceptual. Qualquer deles parte da "desilusão" com a centralidade atribuída aos "défices de atenção", e da constatação que, sobretudo na sala de aula, estas crianças revelam problemas de inibição de respostas "inapropriadas", défices ao nível da antecipação de consequências, avaliação errada das consequências, dificuldades no planeamento e antecipação da acção, sensibilidade diminuída aos reforços, problemas de gestão da frustração, dificuldades de adiamento da satisfação, etc. (Barkley, 1990; Douglas, 1988; DuPaul & Stoner, 1994; Sergeant & van der Meere 1989). Esta conceptualização traz para a primeira linha do DHDA, enquanto condição deficitária, a *impulsividade* e o *controlo inibitório*, em detrimento dos défices de atenção. O principal problema deste modelo é a possibilidade real de problemáticas que até aqui têm recebido outro tipo de diagnóstico (ex. o Distúrbio de Oposição ou o Distúrbio de Conduta) representarem condições idênticas ao DHDA, pelo que o diagnóstico diferencial poderá revelar-se complexo. Contudo, se os padrões desenvolvimentais ou os antecedentes se revelarem diferentes (como parece ser o caso pelo menos quanto ao distúrbio de conduta) poder-se-á manter esta conceptualização sem "perda de identidade" do distúrbio.

A conjugação destas noções com a noção do *défice motivacional* parece suficientemente atractiva e explicativa, sobretudo se considerarmos o DHDA e os comportamentos que lhe aparecem associados, numa perspectiva mais escolar do que clínica. Relembramos sumariamente que este modelo, de acordo com Barkley (1990), (a) tem um considerável poder explicativo relativamente à variabilidade situacional dos sintomas do DHDA; (b) é consistente com os estudos neuroanatômicos que sugerem um *défice* na activação dos centros cerebrais de recompensa; (c) é congruente com os estudos das funções dos níveis de dopamina na regulação do comportamento motor e da aprendizagem operante; (4) tem um poder "prescritivo" (em termos de sugestões de intervenção) superior aos restantes modelos.

Creemos não ser de mais insistir que embora num contexto "clínico" o modelo possa levantar algumas objecções, a sua aplicação ao contexto de sala de aula parece suficientemente heurístico para que se não desista desta linha de investigação.

2. Uma questão que poderá interessar particularmente os psicólogos escolares é a de saber se existe um "DHDA escolar". A esmagadora maioria da literatura sobre o DHDA refere-se a populações "clínicas", embora muitas dessas populações provenham de meios escolares e tenham na verdade sido despistadas fundamentalmente pelos professores (Atkins, Pelham, & Litch, 1985; Atkins e Pelham, 1992). A ideia de um eventual DHDA "escolar" prende-se directamente, entre outras, com a questão do DHDA "situacional" versus "generalizado" (Barkley, 1990). Esta foi aliás, até à publicação do DSM-IV (APA, 1994), a grande questão que separou os diagnósticos realizados nos Estados Unidos dos diagnósticos realizados na Europa. Dado que naquele país não se exigia que o DHDA fosse

despistado em pelo menos dois contextos e dado que esses contextos são invariavelmente a família e a escola, compreende-se que o registo de casos nos Estados Unidos seja pelo menos 20 vezes superior ao do Reino Unido (Taylor, 1994). Curiosamente, de acordo com Taylor, a presença de hiperactividade é diagnosticada ao mesmo nível nos dois continentes. Contudo, a ideia dos "défices de atenção" faz subir os diagnósticos nos Estados Unidos para níveis impensáveis, até porque é muito comum, numa sala de aula, imputar variados comportamentos à "desatenção" mesmo que, como salienta Taylor (1995), quer professores quer pais sejam incapazes de explicar o que entendem por "desatenção".

As complexas relações do DHDA com os problemas de aprendizagem escolar e com outro tipo de comportamentos disruptivos, cujas manifestações tendem a acentuar-se num contexto exigente (quer em termos curriculares quer em termos sociais) como é a sala de aula, merece a nosso ver, se não considerar a existência de um "DHDA escolar", considerar pelo menos a existência de um agrupamento heterogéneo de comportamentos cuja probabilidade de erupção noutros contextos é francamente mais reduzida. Levanta-se pois seriamente a hipótese de o DHDA ser mais provavelmente um conjunto heterogéneo de comportamentos (ou de distúrbios) do que um único distúrbio (Taylor, 1987; 1995).

A ideia da existência de um distúrbio "único" é defendida essencialmente pelos investigadores com formação "biológica" mas poderá não ser demasiado interessante para a sala de aula. Traduz pois uma posição "biogénica" por oposição a uma posição "psicogénica" destes problemas. Esta última está mais próxima da ideia de "heterogeneidade" do DHDA.

Admite-se pois que as crianças que nos Estados Unidos recebem o diagnóstico de DHDA sejam sub agrupáveis (por



exemplo) a partir da presença/ausência de hiperactividade/impulsividade ou de desatenção, como é sugerido aliás no DSM-IV (APA, 1994). Um outro subgrupo de DHDA poderá ser constituído por crianças com hiperactividade generalizada e de início precoce. Estas crianças parecem ter um percurso desenvolvimental e resultados bastante mais pobres que as crianças cuja hiperactividade se manifesta mais tarde (Taylor et. al., 1987).

Outro subgrupo, de cariz "escolar", poderia basear-se na associação DHDA-Problemas de Aprendizagem, o que permitiria eventualmente ultrapassar a complexa relação e inextricáveis nexos causais entre DHDA e problemas de aprendizagem. Poder-se-á ainda considerar a hipótese (abordada noutro ponto deste trabalho) da existência de um subtipo de DHDA predominante agressivo, cujo curso desenvolvimental se sabe ser bastante desfavorável.

O ponto que desejaríamos aqui realçar é o da dificuldade de identificação inequívoca (do ponto de vista "classificatório") do DHDA em contexto escolar e o da adopção de medidas reeducativas específicas, ponto que, aliás, abordaremos com maior pormenor de seguida.

3. A questão da "classificação" relativamente aos problemas da sala de aula passa seguramente pelas opções que se tome quanto a uma concepção fundamentalmente "categorial" ou "dimensional" dos problemas de desenvolvimento da infância. Para autores que adoptam a primeira perspectiva, embora comportamentos isolados não reflectam um distúrbio organizado e estruturado, importa determinar que tipos de agrupamentos de comportamentos indiciam com maior probabilidade a presença de um distúrbio. Contudo, outros autores (Achenbach & Edelbrock, 1981, 1983; Campbell, 1990, 1994, Campbell, March, Pierce, Ewing, & Szumowski, 1991),

adoptando um perspectiva "dimensional" dos problemas de desenvolvimento, consideram que na melhor das hipóteses será possível identificar duas grandes classes de problemas: (1) problemas "exteriorizados" e (2) problemas "interiorizados". Os primeiros incluem comportamentos reveladores de um baixo auto-controlo (ex. hiperactividade, irrequietude, agressividade, desobediência, etc.), que frequentemente prejudicam, perturbam ou preocupam fortemente terceiros (pais, educadores, etc.); os segundos, cujo impacto parece reflectir-se essencialmente na própria criança, evidenciam um "hipercontrolo" comportamental e cognitivo, expresso no isolamento social, medos, infelicidade e ansiedade (Campbell, 1990).

Contudo, o impacto que as grandes estruturas classificatórias - os DSM - têm exercido sobre a psicologia e psiquiatria americanas tem "empurrado" os investigadores, mesmo os educacionais, para o desenvolvimento de estruturas classificatórias de tipo categorial. Assim, em vez de se falar em grandes agrupamentos de comportamentos, fala-se de "distúrbios", como por exemplo o "Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção", o "Distúrbio de Oposição Desafiante", o "Distúrbio de Evitamento" ou o "Distúrbio de Ansiedade de Separação".

Esta tradição estendeu-se igualmente ao campo dos problemas de aprendizagem e, de uma forma geral, a todo o tipo de problemas de sala de aula. Speece e Cooper (1991) discutindo as posições mais comumente encontradas na literatura quanto à necessidade de constituição de subtipos de problemas desenvolvimentais de sala de aula, referem a existência de três linhas fundamentais: (1) *Retracção* - alguns autores defendem que a constituição de subgrupos é inadequada devido ao carácter multivariado da maior parte

dos problemas escolares nomeadamente o DHDA e os Problemas de Aprendizagem; (ex. Kavale & Forness, 1987; Cook & Campbell, 1979; Forness, 1990); por se revelar um fracasso quando aplicada à sala de aula; ou por se revelar uma perda de energia ou até mesmo um perigo (Rettinger, Waters & Poplin, 1989); (2) *Recomposição* - um outro grupo de investigadores prefere adoptar uma posição menos céptica, considerando a necessidade de fazer um balanço sério do que foi e do que não foi conseguido com os esforços de subagrupamento das DA, no sentido de decidir qual o rumo mais adequado para esta área de investigação (Lyon & Moats, 1988; Obrzut & Boliek, 1986; Torgesen, 1991); (3) *Avanço* - Finalmente, é possível identificar um último grupo cujo entusiasmo quanto à necessidade de identificação de subgrupos tem vindo mesmo a aumentar. Este grupo inclui não só investigadores da área educacional mas também da área da psicopatologia do desenvolvimento (Millon, 1991; Pedhazur e Schmelkin, 1991; Quay, 1987; Speece & Cooper, 1991; Skinner, 1981).

Do nosso ponto de vista, a adopção de perspectivas categoriais e a preocupação com a validação sindromática tem interesse do ponto de vista da investigação mas a sua aplicação à sala de aula não tem para já revelado demasiada utilidade. Sobretudo ao nível da intervenção, as soluções são quase "universais", negando portanto o próprio valor da ideia "sindromática". Ora, se se pretende adoptar este quadro de referência, é necessário levá-lo até às últimas consequências e aceitar a existência de um determinado "quadro sindromático" apenas quando, entre outras condições, se verificar que para esse quadro existem intervenções diferenciais. Cremos que este momento está ainda longe e dado que estes quadros teóricos são tributários de modelos

médicos, nem sequer é líquido que sejam demasiado importantes para a sala de aula. Eventualmente será razoável pensar o DHDA, em termos classificatórios, como Torgesen (1991) pensa os Problemas de Aprendizagem Escolar. Este autor considera que estes problemas se assemelham mais à "obesidade" do que à "gravidez", o que equivale a dizer que os problemas de aprendizagem constituem um conjunto de pontos (extremos) de um contínuo que é a aprendizagem normal e não uma categoria absolutamente e qualitativamente distinta da normalidade. O mesmo se poderia dizer do DHDA, cujas manifestações, em sala de aula, deverão ser cuidadosamente descritas e avaliadas em termos comportamentais e cognitivos (incluindo o perfil de aprendizagem, de relações sociais, motivacional, etc.) e cujo percurso desenvolvimental deverá ser rigorosamente descrito. Com tal procedimento, não sendo embora possível "classificar" no sentido estrito do termo, será certamente possível comparar ou até mesmo assimilar o percurso de desenvolvimento de um indivíduo específico a certos padrões típicos ou atípicos de desenvolvimento.

Os resultados da nossa investigação permitem, como era nosso objectivo, pensar que há linhas de investigação que serão actualmente pouco credíveis. No entanto, é de crer que um certo "efeito de pregnância" levará os investigadores a insistir na incomprovável noção dos défices de atenção. Tender-se-á ainda por algum tempo a confundir desatenção com dificuldades em realizar trabalho independente, em ouvir as instruções, em manter a carteira arrumada, em estar sentado. Ou ainda com irrequietude, com a demora nas respostas às solicitações de terceiros, com atrasos na realização dos trabalhos, com provocações, etc. Ultrapassar o mais rapidamente possível a ideia de um "défice de atenção" será

a melhor forma de professores e psicólogos escolares se concentrarem nos comportamentos efectivamente exibidos pelos alunos e não em suposições. É pouco provável que as crianças DHDA apresentem todas os mesmos problemas mas é igualmente provável que algumas delas apresentem problemas muitos semelhantes que as coloquem pelo menos no limiar de serem consideradas idênticas quanto a um certo número de características. Poderão assim com maior facilidade identificar "regularidades" comportamentais que lhes fornecerão quadros mais claros para o desenvolvimento de intervenções verdadeiramente eficazes.