



Proposta de modelo de atendimento escolar a alunos com PHDA (MAEA-PHDA)

Luís Oliveira^a, & Marcelino Pereira^b

^a Doutorado em Estudos da Criança, especialização em Educação Especial, Instituto de Educação da Universidade do Minho. E-mail: luismicaelense@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7220-7324>

^b Professor Associado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, 3001-802, Telefone: 239851450, Fax: 239851465. E-mail: marc.pereira@fpce.uc.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1468-2124>

Copyright © 2021.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 3.0 (CC BY-NC-ND).

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



Open Access

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma condição de natureza neurobiológica que, pela forma como se manifesta em contexto escolar (i.e., ao nível dos problemas académicos, comportamentais e sociais), representa um desafio para todos os agentes educativos que lidam com estes alunos. Este estudo resulta da reflexão sobre os dados de uma investigação que analisou as práticas educativas adotadas com alunos com PHDA (Oliveira, 2016), no qual se identificaram várias lacunas (e.g., pouca articulação e comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de avaliação/diagnóstico e as possibilidades de intervenção em contexto escolar; ausência de guidelines que ajudem a planificar as respostas educativas específicas para alunos com PHDA; e inexistência de programas que foquem a colaboração escola-casa). O modelo de atendimento à diversidade (MAD) proposto por Correia (1997) serviu de base à proposta do Modelo de Atendimento Escolar a Alunos com PHDA (MAEA-PHDA) aqui apresentado, que compreende mecanismos de sinalização, avaliação e intervenção escolares especificamente orientados para esses alunos. Com isto, pretende-se dar uma resposta educativa mais eficaz para as crianças/jovens com esta problemática.

Palavras-chave

PHDA, sinalização, avaliação, modelos de intervenção.

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma condição neurodesenvolvimental que se caracteriza por elevados níveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que afeta entre 5% a 7% da população infantil (Thomas et al., 2015), e que acarreta inúmeras complicações em contexto escolar (Daley & Birchwood, 2010; Oliveira, 2016), em particular no que concerne ao seu rendimento académico (e.g., baixos resultados em testes padronizados de leitura e matemática) e comportamental (e.g., mais vezes expulsos da sala de aula), que resulta num maior índice de retenções ou em taxas mais baixas de conclusão de níveis académicos mais elevados (e.g., secundário e superior) (Loe & Feldman, 2007).

Estas dificuldades não só prejudicam o seu desempenho, como constituem um enorme desafio para os psicólogos e outros agentes educativos que trabalham com esta população em contexto escolar (DuPaul & Jimerson, 2014). Estes, a par de médicos e outros profissionais de saúde, devem ajudar os professores a reconhecer e a lidar com estes alunos, para que a deteção e implementação precoce de medidas de apoio necessárias se efetive (Schulte-Körne, 2016).

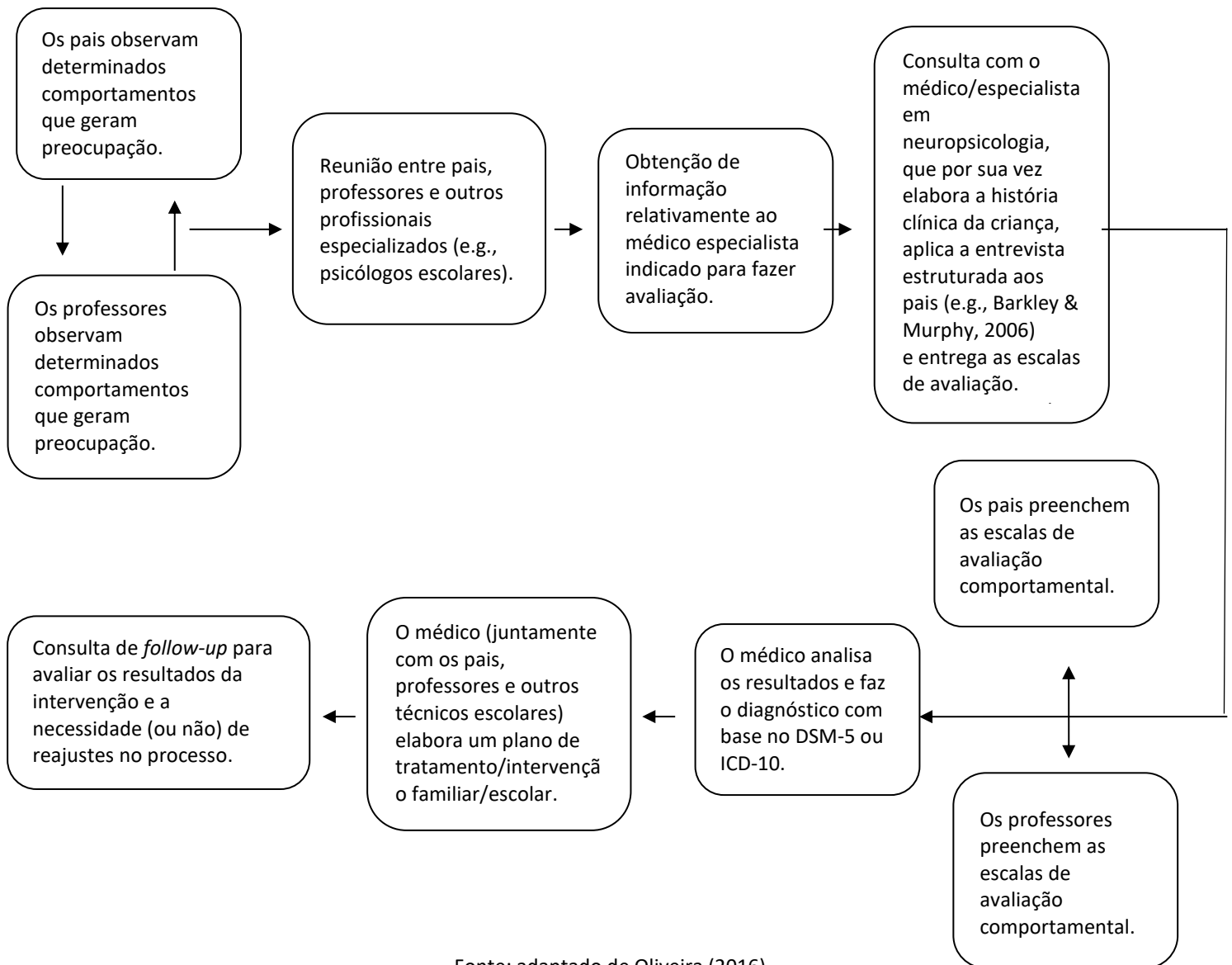
Devido à escassez de médicos nas escolas (e.g., pediatras e outras especialidades com autoridade no diagnóstico da PHDA) os pais, professores e restantes agentes educativos devem beneficiar de acompanhamento especializado externo, consoante a disponibilidade de serviços locais e necessidades das crianças. De acordo com o Decreto-Lei (DL) 54/2018 “As escolas podem desenvolver parcerias entre si, com as autarquias e com outras instituições da comunidade que permitam potenciar sinergias, competências e recursos locais, promovendo a articulação das respostas (...) que visam, designadamente, os seguintes fins: a) A implementação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão; b) O desenvolvimento do programa educativo individual e do plano individual de transição; c) A promoção da vida independente; d) O apoio à equipa multidisciplinar; e) A promoção de ações de capacitação parental; f) O desenvolvimento de atividades de enriquecimento curricular; g) A orientação vocacional; h) O acesso ao ensino superior; i) A integração em programas de formação profissional; j) O apoio no domínio das condições de acessibilidade; k) Outras ações que se mostrem necessárias para a implementação das medidas de apoio à aprendizagem e à inclusão previstas no presente DL (art.º 19, p. 2924)”.

Na avaliação das crianças com PHDA é normalmente sugerida uma avaliação médica e uma avaliação psicológica. Ainda que esta última não seja um requisito para efetuar o diagnóstico, consideramos que, no âmbito do modelo proposto, deverá ser uma peça fundamental, sobretudo por nos facultar o mapeamento de componentes básicos do funcionamento cognitivo, que serão decisivos para o planeamento da intervenção. O diagnóstico é essencialmente clínico e assente em critérios comportamentais bem estabelecidos nas últimas edições dos principais manuais de classificação internacionais (DSM-5 ou CID-10). Na maioria dos casos é necessário a realização de um diagnóstico diferencial (i.e., averiguar ou excluir a existência de outras comorbidades, como por exemplo a Perturbação da Aprendizagem Específica). O processo de avaliação conducente à

formulação do diagnóstico requer a participação de diferentes profissionais de saúde (e.g., pediatras, neuropediatras, pedopsiquiatras, psicólogos), incluindo os pais e professores, e a adoção de procedimentos múltiplos (e.g., preenchimento de escalas, aplicação de testes de desempenho, entre outros) (Moura et al., 2020; Oliveira et al., 2016; Rodrigues & Neves, 2020).

A competência e o rigor clínico reivindicam uma informação atualizada, que evite a ocorrência de diagnósticos que gerem uma elevada percentagem de falsos positivos e/ou falsos negativos e simultaneamente exponencie a probabilidade de uma intervenção escolar eficiente. Tal só será possível com uma colaboração harmoniosa e concertada destes intervenientes (Hughes, 2007; Hall & Gushee, 2000; Wolraich et al., 2019).

Esquema 1. Procedimentos básicos de avaliação e diagnóstico.



Fonte: adaptado de Oliveira (2016).

Não obstante a confusão reinante nos últimos 10 anos nas nossas escolas acerca da identificação dos alunos elegíveis para os serviços de educação especial, a etiologia neurobiológica da PHDA e o impacto que provoca em contexto escolar, no plano teórico e legal, enquadrava estes alunos no âmbito das necessidades educativas especiais (NEE¹) de carácter permanente. Contudo, a intervenção escolar nestes casos não se restringiria à aplicação de medidas contempladas no DL 3/2008 (e.g., apoio pedagógico personalizado; adequações curriculares individuais; adequações no processo de matrícula; adequações no processo de avaliação), uma vez que deveriam ser simultaneamente considerados outro tipo de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para a PHDA. No entanto, esse designio só poderá ser cumprido através do reforço da comunicação entre as partes envolvidas, nomeadamente as equipas de saúde e as equipas multidisciplinares de apoio à educação inclusiva.

Com o atual DL 54/2018, as dificuldades de carácter permanente tomam forma na designação “Necessidades de Saúde Especiais (NSE)²”, que carece de uma melhor operacionalização, sob pena de gerar múltiplas interpretações, perpetuar clivagens antigas e suscitar paradoxos. De um modo geral, referir que no âmbito do DL 54/2018, o aluno com PHDA beneficiará sobretudo de medidas universais (art.º 8), nomeadamente: aplicação de estratégias de diferenciação pedagógica; intervenção com foco académico ou comportamental em pequeno grupo; acomodações curriculares (e.g., posicionamento do aluno num lugar próximo do professor), promoção do comportamento pró-social. Eventualmente poderá beneficiar de algumas medidas seletivas (art.º 9), nomeadamente apoio psicopedagógico e tutorial. Este assunto será retomado adiante com maior detalhe.

Com efeito, a intervenção nos alunos com PHDA tem como principal objetivo controlar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, cujos benefícios se refletem ao nível do desempenho académico e social, do relacionamento interpessoal e do seu bem-estar geral e nível de funcionalidade.

As crianças com PHDA representam um grupo heterogéneo, por isso é essencial que a escolha da intervenção seja realizada em função do carácter idiossincrático de cada caso, que lhe é conferido pela natureza multidimensional da perturbação e diversidade de contextos.

As diversas opções passam, normalmente, pela terapêutica farmacológica (e.g., estimulantes e não estimulantes), intervenção cognitivo-comportamental, intervenção psicoeducativa e académica (Antshel, 2015).

¹ O termo Necessidades Educativas Especiais (NEE) era utilizado no Decreto-Lei 3/2008, para designar o aluno que “(...) apresenta algum problema de aprendizagem ao longo da sua escolarização, que exige uma atenção mais específica e maiores recursos educacionais do que os necessários para os colegas da sua idade.” (Oliveira, 2016). Com o atual DL 54/2018 abandona-se o termo NEE e fala-se de alunos que requerem alguma “medida de suporte à aprendizagem e à inclusão” (DL 54/2018, p. 2921), afastando-se assim a conceção de que é necessário categorizar para intervir.

² Definem-se Necessidades de Saúde Especiais (NSE) como, as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual. As alterações das funções ou estruturas do corpo (e.g., doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras), que têm impacto no desempenho escolar, necessitam de identificação e remoção de barreiras a vários níveis: aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionamento interpessoal e social, autonomia, espaço físico e meio socioeconómico (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

Dentro das abordagens farmacológicas, os estimulantes ou psicoestimulantes são os fármacos de primeira linha e neles se destacam o metilfenidato e a dexanfetamina (Antshel et al., 2011; Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2018). Este tipo de tratamento normalmente é utilizado para os casos mais graves e alguns moderados, havendo sustentação empírica sobre a sua eficácia no desempenho acadêmico, no controlo comportamental, na atenção, na memória de trabalho, entre outros (Boavida et al., 2020; De Sousa & Kalra, 2012; Kortekaas-Rijlaarsdam et al., 2019; Murray et al., 2011; Scheffler et al., 2009; Wigal, 2009).

Por sua vez, os tratamentos não farmacológicos incidem essencialmente em intervenções de natureza comportamental e cognitivo-comportamental, na implementação de estratégias de âmbito psicoeducativo e académico, sendo que na maioria das vezes é necessário articular inúmeras componentes. Saliente-se, no entanto, que a psicoeducação deverá ser sempre a primeira abordagem a implementar.

De uma forma simples, DuPaul et al. (2014) explicam que as intervenções comportamentais visam substituir um comportamento socialmente indesejável (e.g., falar alto) por um comportamento apropriado (e.g., trabalhar em silêncio). Esta perspetiva assenta na ideia de que cada comportamento deve ser entendido com base naquilo que o precede, mas também nas suas consequências. É neste quadro que devem ser implementadas intervenções comportamentais proativas, que têm como alvo os antecedentes de disciplina, dotando os alunos de competências que os tornem menos propensos a envolver-se em tais comportamentos (e.g., revendo as regras em sala de aula) e estratégias comportamentais reativas, cujo foco são as consequências de um determinado comportamento, reforçando o desejável e ignorando ou punindo o inadequado (e.g., reprimenda verbal por falar alto). Dentro da panóplia de estratégias comportamentais disponíveis para os alunos com PHDA, algumas das que revelam maior evidência científica são as que atuam de forma proactiva: escolha de decisões; redução da amplitude das tarefas atribuídas; ensino explícito de regras de sala de aula; organização do ambiente físico da sala de aula e a tutoria entre pares. Nas situações em que o comportamento problemático já ocorreu, as reprimendas prudentes, reforço token, custo-resposta, cartões diários e o time-out de reforço positivo, parecem ser as estratégias mais eficazes (DuPaul et al., 2014; DuPaul & Weyandt 2006; Gardill & DuPaul, 1996; Iznardo et al., 2020).

Por sua vez, as estratégias cognitivo-comportamentais, ou de autorregulação, têm como objetivo melhorar a capacidade de autocontrolo dos alunos em ambientes significativamente disfuncionais. Tipicamente, tais intervenções caracterizam-se por ensinar os alunos a identificar e registar um comportamento alvo-resposta, possivelmente com reforço para melhorar o desempenho ou estimular a sua repetição.

Esta abordagem sustenta-se na premissa de que os défices principais da PHDA estão associados à inibição comportamental, que, por sua vez, conduz a problemas de autocontrolo e do funcionamento executivo, e que, conseqüentemente, resultam na manifestação de desatenção, hiperatividade e impulsividade. As principais competências no controlo cognitivo e funcionamento executivo são diretamente projetadas nas intervenções do tipo cognitivo-comportamental (DuPaul et al., 2014). Entre as mais citadas na literatura da especialidade,

destacam-se: estratégias correspondentes à autoavaliação do aluno, técnicas de automonitorização e autorreforço (Reid et al., 2005; Gardill & DuPaul, 1996). Em suma, o princípio deste tipo de abordagem é que a mudança comportamental positiva será mantida, apesar da redução do feedback do professor ou de outras formas de reforço (DuPaul, 2019).

Há evidências de que estas intervenções (i.e., comportamentais e cognitivo-comportamentais) produzem benefícios muito positivos nos sintomas nucleares da PHDA, nos problemas comportamentais e no desempenho acadêmico em geral na sala de aula em alunos do 1.º ciclo (Fabiano et al., 2009). No entanto, porque as crianças com PHDA apresentam dificuldades em diferentes contextos, e o trabalho desenvolvido na escola necessita ser reforçado e mantido em casa, uma outra estratégia, referida na literatura, diz respeito a programas de comunicação casa-escola (DuPaul, 2019; DuPaul et al., 2011). Um dos componentes mais eficazes deste tipo de programas é o cartão diário. Estes cartões incorporam um feedback contínuo para os alunos e seus pais em relação ao seu desempenho acadêmico e podem sinalizar uma variedade de comportamentos importantes (e.g., a conclusão das tarefas; desempenho escolar; participação em sala de aula e o relacionamento com os colegas) (DuPal et al., 2011). A ideia subjacente a este tipo de programas é que um comportamento apropriado na escola pode ser reforçado em casa (DuPaul, 2019).

Contrariamente às intervenções comportamentais e cognitivo-comportamentais, que têm como alvo os sintomas da PHDA, a adoção de medidas educativas escolares elege como prioridade o desenvolvimento de competências acadêmicas que podem estar comprometidas nos alunos com PHDA (DuPaul et al., 2014). As mais citadas na bibliografia incluem: (i) instruções explícitas do professor (e.g., facultar feedback diferenciado e personalizado; proporcionar múltiplos exemplos com soluções inovadoras para problemas reais; usar diferentes suportes para a comunicação); (ii) estratégias de tutoria de pares (e.g., incentivar e apoiar oportunidades de interação e de interajuda entre pares; criar comunidades de alunos envolvidos em interesses e atividades comuns.); (iii) modificações na atribuição das tarefas (e.g., provas de avaliação escrita reduzidas, com questões claras, curtas e objetivas; leitura em voz alta das questões ou realização da prova num espaço isolado.); (iv) organização e estruturação do ambiente de sala de aula (e.g., fixar claramente as regras de sala de aula em local visível; colocar o aluno ao pé do professor ou de algum colega com autoridade para chamar à atenção para ajudar a promover e manter a atenção) (Daley & Birchwood, 2010; DuPaul et al., 2014; DuPaul & Weyandt 2006; DuPaul & Eckert, 2006; Mulligan, 2001).

Outras abordagens promissoras para o tratamento da PHDA começam a emergir, como a prática de exercício físico (Ng et al., 2017), meditação/ioga (Chimiklis et al., 2018), neurofeedback baseado em EEG e neurofeedback em fMRI em tempo real (rt-fMRI) (Pereira, 2020; Van Doren et al., 2019), embora tais terapêuticas devam ser reforçadas com mais investigação.

Uma vez que a PHDA pode levar a problemas na aprendizagem e alterações comportamentais em contexto escolar, deverá ser implementado um plano de intervenção específico, cujo propósito assenta na diferenciação e adaptação pedagógica às necessidades individuais de cada um destes alunos (Piffner et al., 2006/2008). É importante destacar o

caráter multidisciplinar que esta abordagem terapêutica exige, devendo os profissionais de saúde e educação delinear um plano de intervenção abrangente, centrado na criança, e no qual os pais, professores e os pares sejam comprometidos, como elementos-chave em todo o processo. Por outro lado, é amplamente referenciado na bibliografia a importância de uma intervenção psicoeducacional para pais e professores, que lhes confira o conhecimento sobre esta perturbação e as ferramentas necessárias à gestão dos problemas comportamentais, académicos e sociais que estas crianças manifestam (e.g., Nussey et al., 2013; Robin, 2014).

Neste contexto, os psicólogos poderão assumir um papel decisivo na formação dos professores e dos pais para a introdução deste tipo de estratégias de intervenção e na coordenação/monitorização deste processo (Hughes, 2007; Koro-Ljungberg et al., 2011).

No seguimento da revisão da literatura foi possível constatar que a intervenção escolar a alunos com PHDA exige que os professores e outros especialistas da saúde e educação adotem um conjunto de medidas e procedimentos, numa perspetiva multidisciplinar, que visem a criação de um cenário educativo favorável, que contribua para a melhoria da trajetória escolar destas crianças. Muito poucos estudos tiveram a preocupação de apresentar estratégias para a concretização deste desígnio (Sibley et al., 2016; Shillingford-Butler & Theodore, 2013), e alguns investigadores alertam para o fosso evidente entre as descobertas científicas em matéria de ensino-aprendizagem eficaz para alunos com necessidades educativas diferenciadas e a prática levada a cabo em muitas salas de aula, que sugerem um subaproveitamento de tais conhecimentos empíricos (Heward, 2010). Ou seja, muitos alunos com necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão, essencialmente as seletivas e/ou adicionais (incluindo alguns alunos com PHDA em situação de comorbidade) podem não estar a receber a educação mais ajustada às suas necessidades, pelo que o objetivo principal do artigo passa por dar respostas efetivas ao nível da sinalização, avaliação e intervenção com estes alunos, através da apresentação de uma proposta de Modelo de Atendimento Escolar a Alunos com PHDA (MAEA-PHDA).

Métodos

Tendo como base o Modelo de Atendimento à Diversidade (MAD) proposto por Correia (1997), adequamos os seus pressupostos às lacunas evidenciadas na investigação realizada acerca das práticas educativas adotadas nas escolas para alunos com PHDA (Oliveira, 2016), nomeadamente: (i) problemas ao nível da sinalização/avaliação/diagnóstico; (ii) ausência de medidas de intervenção específicas para alunos com PHDA; e (iii) inexistência de programas de colaboração casa-escola. O processo de elaboração do MAEA-PHDA foi também coadjuvado com a pesquisa documental que teve como referência fontes e normativos legais centrados nas políticas públicas que regem a educação inclusiva.

Medidas e Procedimentos

Instrumentos

Além do MAD foram utilizados outros dois instrumentos de trabalho, nomeadamente: o DL 54/2018 e o documento “Para uma Educação Inclusiva: manual de apoio à prática” (Direção Geral da Educação [DGE], 2018).

Modelo de Atendimento à Diversidade (MAD)

O MAD tem como principal objetivo dar uma resposta educativa eficaz a todos os alunos que, desde muito cedo, experimentam problemas nas suas aprendizagens, essencialmente àqueles que, dentro do Modelo de Resposta à Intervenção (MRI) e no âmbito de uma abordagem multinível de acesso ao currículo, não respondem positivamente às medidas universais que possam ser implementadas e carecem, fundamentalmente, de medidas seletivas e/ou adicionais).

Este modelo assenta assim no princípio da “(...) diferenciação pedagógica, em que o ensino e, conseqüentemente, o currículo, devem ser adequadamente diferenciados para acomodar as necessidades específicas de todos os alunos (...)” (Correia, 2008, p. 35).

No essencial, abarca três componentes principais: (i) o que deve ser ensinado (conhecimento e planificação); (ii) como deve ser ensinado (implementação de intervenções); e (iii) como deve ser avaliado o progresso do aluno (verificação/monitorização).

O princípio fundamental para a sua aplicabilidade é o da colaboração multidisciplinar.

DL 54/2018

O DL 54/2018, de 6 de julho, é o normativo legal que “estabelece os princípios e as normas que garantem a inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa” (art.º 1, p. 2919) e (...) “identifica as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, as áreas curriculares específicas, bem como os recursos específicos a mobilizar para responder às necessidades educativas de todas e de cada uma das crianças e jovens ao longo do seu percurso escolar, nas diferentes ofertas de educação e formação (art.º 2, p. 2919).

Entre as principais mudanças relativamente a diplomas anteriores, de acordo com DGE (2018, p.12), destacam-se:

“Abandona os sistemas de categorização de alunos, incluindo a “categoria” necessidades educativas especiais;

- (i) Abandona o modelo de legislação especial para alunos especiais;
- (ii) Estabelece um continuum de respostas para todos os alunos;
- (iii) Coloca o enfoque nas respostas educativas e não em categorias de alunos;
- (iv) Perspetiva a mobilização, de forma complementar, sempre que necessário e adequado, de recursos da saúde, do emprego, da formação profissional e da segurança social.”

Para uma Educação Inclusiva: manual de apoio à prática

Este manual foi elaborado pela Direção-Geral da Educação, em colaboração com a Direção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional para a Reabilitação. Tem como propósito facilitar a compreensão e execução do DL n.º 54/2018, que constitui hodiernamente o enquadramento legal para o desenvolvimento da Educação Inclusiva em Portugal.

A sua estrutura compreende vários pontos, por onde se vão desconstruindo os diferentes artigos do DL 54/2018, num articulado com artigos científicos relacionados às diferentes opções tomadas neste decreto, assim como num paralelo estipulado ao DL 55/2018, uma vez que os dois normativos não estão dissociados em matéria da educação inclusiva e seus pressupostos. Salienta-se, ainda, a ilustração de situações práticas e a inclusão de documentos para autorreflexão e autoavaliação da escola e do professor, grelhas de observação e, mesmo, de exemplos de modelos/formulários a utilizar.

Modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEA-PHDA)

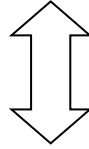
A comunidade estudantil está representada por um universo de alunos cada vez mais abrangente e diversificado (e.g., PHDA, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação da Aprendizagem Específica, Perturbação da Comunicação, Perturbações Motoras, Perturbação Desafiante de Oposição, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, entre outras) que exige, por consequência, uma adequação das respostas educativas às especificidades de cada uma das problemáticas.

O MAEA-PHDA sustenta-se nos princípios elementares do MAD, sendo que o foco são os alunos com PHDA. A partir de bibliografia especializada neste domínio, ao nível da avaliação/diagnóstico/tratamento (American Academy Pediatrics [AAP], 2011; CADDRA, 2018; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2018; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007), assim como da intervenção escolar (DuPaul et al., 2014) e dos serviços de educação inclusiva em Portugal (DGE, 2018), o MAEA-PHDA encarna um conjunto de procedimentos multidisciplinares, organizados de forma sistematizada, que visam a uniformização das práticas educativas escolares (i.e., mecanismos de sinalização, avaliação/diagnóstico e intervenção) no campo da PHDA.

A proposta do MAEA-PHDA abaixo explanada compreende três níveis: (i) o nível 1 relaciona-se com a implementação de técnicas e processos que visam a identificação precoce de alunos com PHDA, uma avaliação comportamental, baseada em instrumentos aferidos, que contribua para a elaboração de um diagnóstico rigoroso e uma avaliação pedagógica que determine as medidas de suporte à aprendizagem e inclusão mais adequadas (ii) no nível 2 enumeram-se o conjunto de medidas educativas possíveis decorrentes da avaliação anterior; e (iii) para finalizar o nível 3 foca as diretrizes gerais da intervenção escolar com estes alunos, incluindo a participação dos pais neste âmbito.

Esquema 2. Proposta de modelo de atendimento escolar para alunos com PHDA (MAEA-PHDA).

Nível 1: Processo de identificação/avaliação da PHDA em contexto escolar



Caso não haja nenhuma referência dos pais, a primeira sinalização é da responsabilidade do professor e possibilita à escola equacionar processos que garantam uma avaliação multidisciplinar e holística do aluno, de forma a ser possível definir planos e programas de intervenção educativa capazes de responder às suas necessidades individuais.

Observação direta e indireta

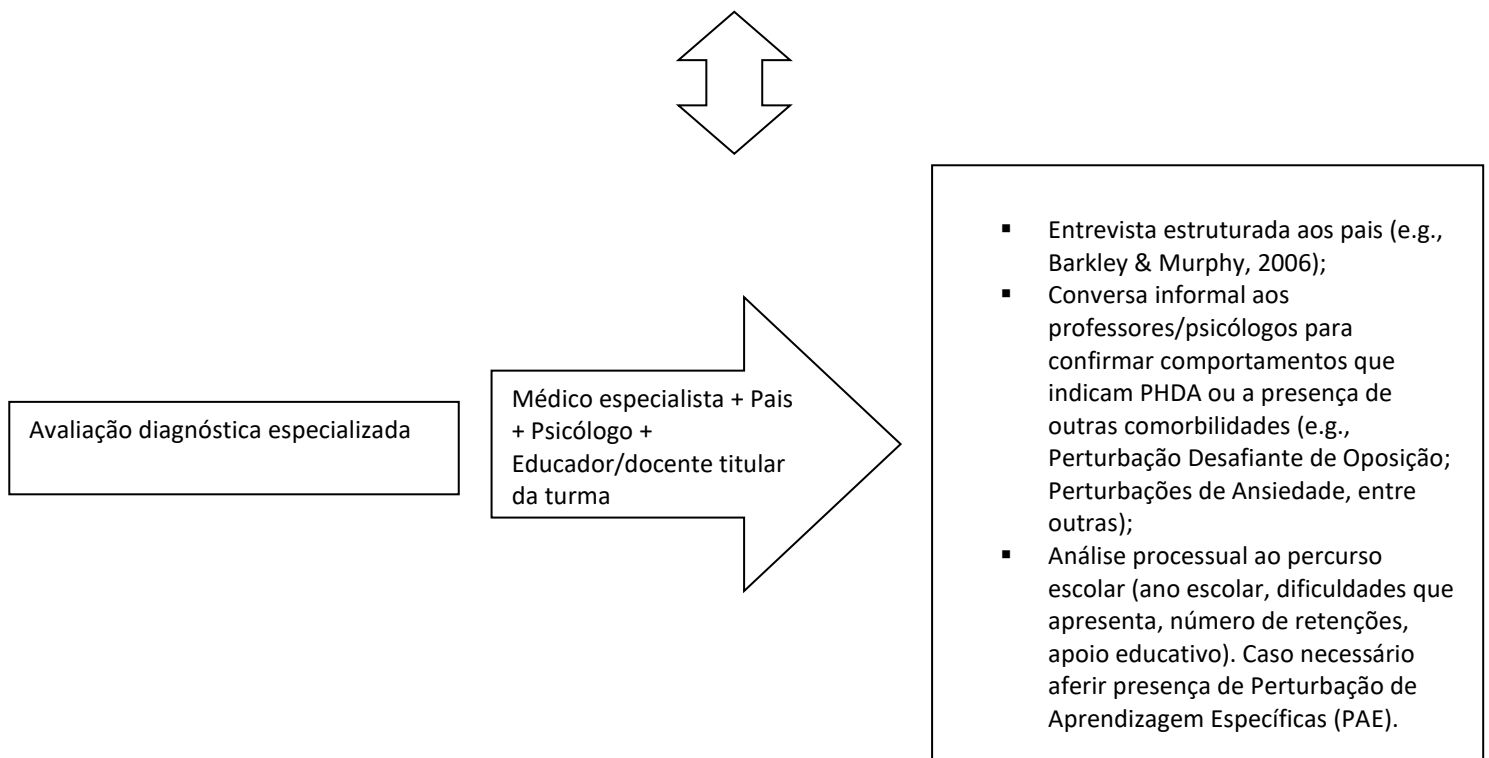
Educador/docente titular da turma + psicólogo escolar

- Registo dos comportamentos;
- Registo dos acontecimentos significativos;
- Preenchimento de escalas de avaliação comportamental (e.g., Vanderbilt);
- Informar os pais do aluno.

Na suspeita de algum caso de PHDA na sala de aula, os professores devem comunicar esta situação ao psicólogo que integra a Equipa Multidisciplinar da unidade orgânica onde leciona. Este profissional deve estar munido de instrumentos que permitam a aplicação de uma medida de rastreio fidedigna, que deverá ser preenchida pelo professor e pelos pais, com ajuda do psicólogo (se necessário). Existem diferentes instrumentos estandardizados que podem cumprir com esta função, embora não haja consenso absoluto acerca de quais os mais adequados, uma vez que estes se diferenciam, quer no número e tipo dos comportamentos analisados, quer nas suas qualidades psicométricas. No contexto nacional o leque de possibilidades, ainda que reduzido, já nos permite fazer escolhas. Assim, a Escala Vanderbilt de Diagnóstico de PHDA para Professores (EVDPP) é uma opção. Foi traduzida e adaptada para o Português Europeu (Oliveira et al., 2019) a partir do instrumento original (*Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale – VADTRS*), desenvolvido por Wolraich et al. (1998). A *Conners Rating Scale-Revised*, para pais e professores (Conners, 1999) na sua versão reduzida, aferida para a população portuguesa por Rodrigues (2007), com a designação Escalas de Conners Revistas (EC-R), é uma outra possibilidade. A *Strengths and Weaknesses of ADHD-Symptomes and Normal-Behaviors Questionnaire* (SWAN Rating Scale) (Swanson et al., 2012) traduzida para o Português Europeu por Moura (2006) poderá ser também uma opção. É ainda uma possibilidade o recurso à Escala de Avaliação para o Défice de Atenção com Hiperatividade

(EDAH), concebida originalmente por Farré e Narbona em 2003 e adaptada para a população portuguesa por Gomes et al. (2010).

Realçamos que este processo deve envolver uma avaliação sistemática dos comportamentos da criança num período nunca inferior a seis meses (isto nos casos em que não existe nenhuma indicação anterior). Esta avaliação inicial diminui substancialmente a morosidade do processo avaliativo subsequente e a possibilidade da ocorrência de sinalização de falsos positivos e negativos.

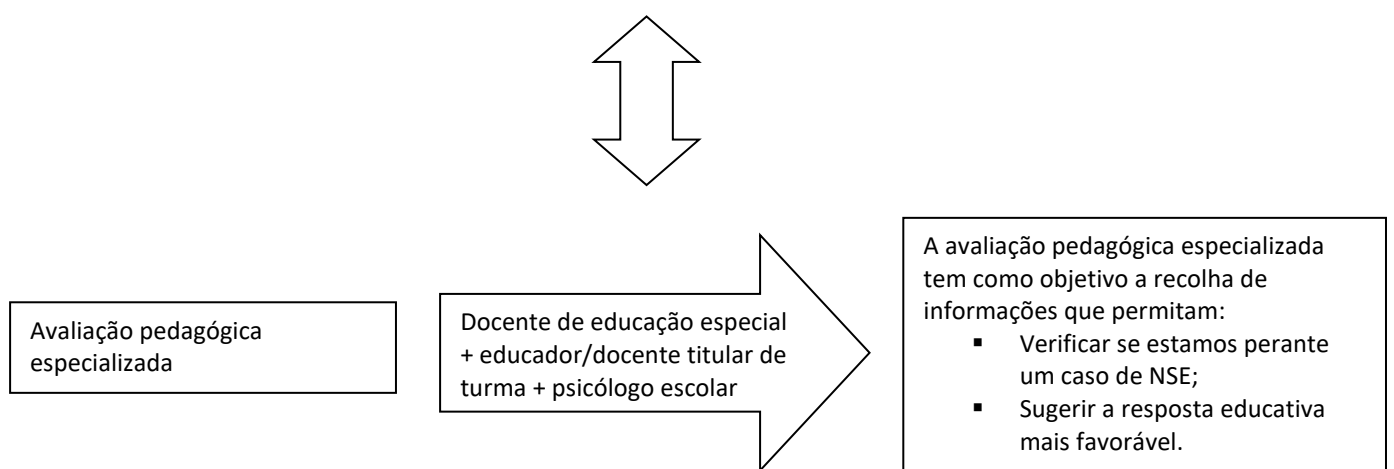


Se os resultados decorrentes da avaliação realizada através de escalas de comportamento para a avaliação da PHDA no contexto escolar e familiar (e.g., EVDPP, EC-R) indicarem uma sinalização positiva da PHDA deverá ser considerado o encaminhamento para as Equipas de Saúde Escolar (ESE)³. A decisão deverá ser previamente comunicada aos pais e garantida a sua autorização. A partir daqui recomenda-se uma reunião inicial entre o médico responsável e os agentes escolares envolvidos (i.e., psicólogo e professor titular de turma) para troca de contactos e de informações. Na nossa perspetiva toda e qualquer comunicação entre os profissionais “externos” e a escola deve ser realizada pela via do psicólogo, que deve coordenar este processo e simultaneamente atualizar os restantes elementos da Equipa Multidisciplinar (em particular o docente de educação especial), assim como o diretor(a) de turma e, por fim, o diretor da escola. Esta opinião deriva da possível necessidade da realização

³ Às ESE compete colaborar na localização, sinalização e encaminhamento das crianças e jovens que não cumprem a vigilância de saúde e apoiar as que tenham Necessidades de Saúde Especiais, agilizando a referência entre Profissionais de Saúde (nomeadamente para consulta de desenvolvimento), em articulação com os Pais/Encarregado de Educação e a Equipa Multidisciplinar da Escola, ao abrigo do n.º 4, do art.º 21 do DL 54/2018.

de testes de avaliação e desempenho complementares (e.g., avaliação intelectual, avaliação neuropsicológica de funções neurocognitivas específicas e desempenho académico com recurso a testes aferidos) cuja responsabilidade caberá a este profissional sempre que requeridos pelo médico especialista. Com efeito, existem evidências que apontam que o surgimento dos sintomas nucleares da PHDA resulta de um défice primário nas funções executivas, nomeadamente ao nível do controlo inibitório e autorregulação (Barkley, 2015). Os défices ao nível da atenção, em particular na atenção sustentada e seletiva, são igualmente destacados. Tendo por base estas premissas, as guidelines de um protocolo de avaliação neste domínio, poderão integrar uma avaliação neuropsicológica, especificamente direcionada para as funções executivas e para a atenção. A investigação conduzida por Alfaiate (2009) mostra que a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (Simões et al., 2016) é um instrumento adequado para esse fim ao apresentar bons índices de validade discriminante num grupo de PHDA. Por sua vez, e mais comumente são utilizados diferentes testes e subtestes que integram a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC – WISC-III), como eventuais marcadores para o diagnóstico da PHDA, sendo o perfil ACID (Aritmética, Código, Informação e Memória de Dígitos), o SCAD (Símbolos, Compreensão, Aritmética e Dígitos) e o FDI (*Freedom from Distractibility Index*, que engloba os subtestes de Código, Aritmética e Dígitos na WISC-R e somente os dois últimos na WISC-III) os mais sugeridos na literatura da especialidade (Oliveira et al., 2016). No entanto, os dados da investigação não legitimam conclusões categóricas. Na realidade, alguns estudos indicam a utilidade dos perfis ACID, SCAD e FDI como elementos coadjuvantes de diagnóstico (Coutinho et al., 2009; Ek et al., 2007; Mayes & Calhoun, 2004; Moura et al., 2019; Snow & Sapp, 2000), ao passo que outras investigações evidenciam o seu fraco contributo neste desígnio (Shayer et al., 2010; Watkins et al., 1997).

Depois de concluído o processo, aconselha-se a maior celeridade no envio da documentação de suporte ao diagnóstico (e.g., relatório clínico e/ou psicopedagógico detalhado) para o início da avaliação pedagógica especializada.



Recebida a documentação da avaliação diagnóstica e, após concluído o processo de identificação⁴, deve iniciar-se imediatamente a avaliação pedagógica especializada.

Para o efeito, o órgão de Gestão solicita à Equipa multidisciplinar um parecer conjunto, com os contributos dos restantes intervenientes no processo (e.g., docente titular de turma e outros profissionais/técnicos), no qual seja identificado, nos casos em que tal se justifique, os motivos que determinaram as medidas de suporte à aprendizagem e inclusão do aluno e a sua tipologia. As medidas universais, ao contrário das seletivas e/ou adicionais, não carecem de elaboração de um **Relatório Técnico Pedagógico (RTP)**, mas devem ser do conhecimento do diretor da escola e do conselho de turma, assim como deverão ser comunicadas aos pais e ao aluno.

Dentro do quadro nosológico e sintomatológico da PHDA será difícil perspetivar a necessidade da implementação de medidas adicionais que impliquem adaptações curriculares significativas, eventualmente acontecerá nos casos severos de comorbilidade (e.g., Perturbação do Espectro do Autismo). Nestas circunstâncias, e caso se confirme a situação de NSE, de acordo com o DL 54/2018 deverá ser elaborado o **Programa Educativo Individual (PEI)**. Se tal não se verificar, a escola deve mobilizar, no quadro do seu **projeto educativo**, assim como da legislação em vigor (e.g., DL 54/2018) e das evidências científicas nesta matéria (muitas destas plasmadas neste estudo), outras possibilidades (conforme se verificará adiante).

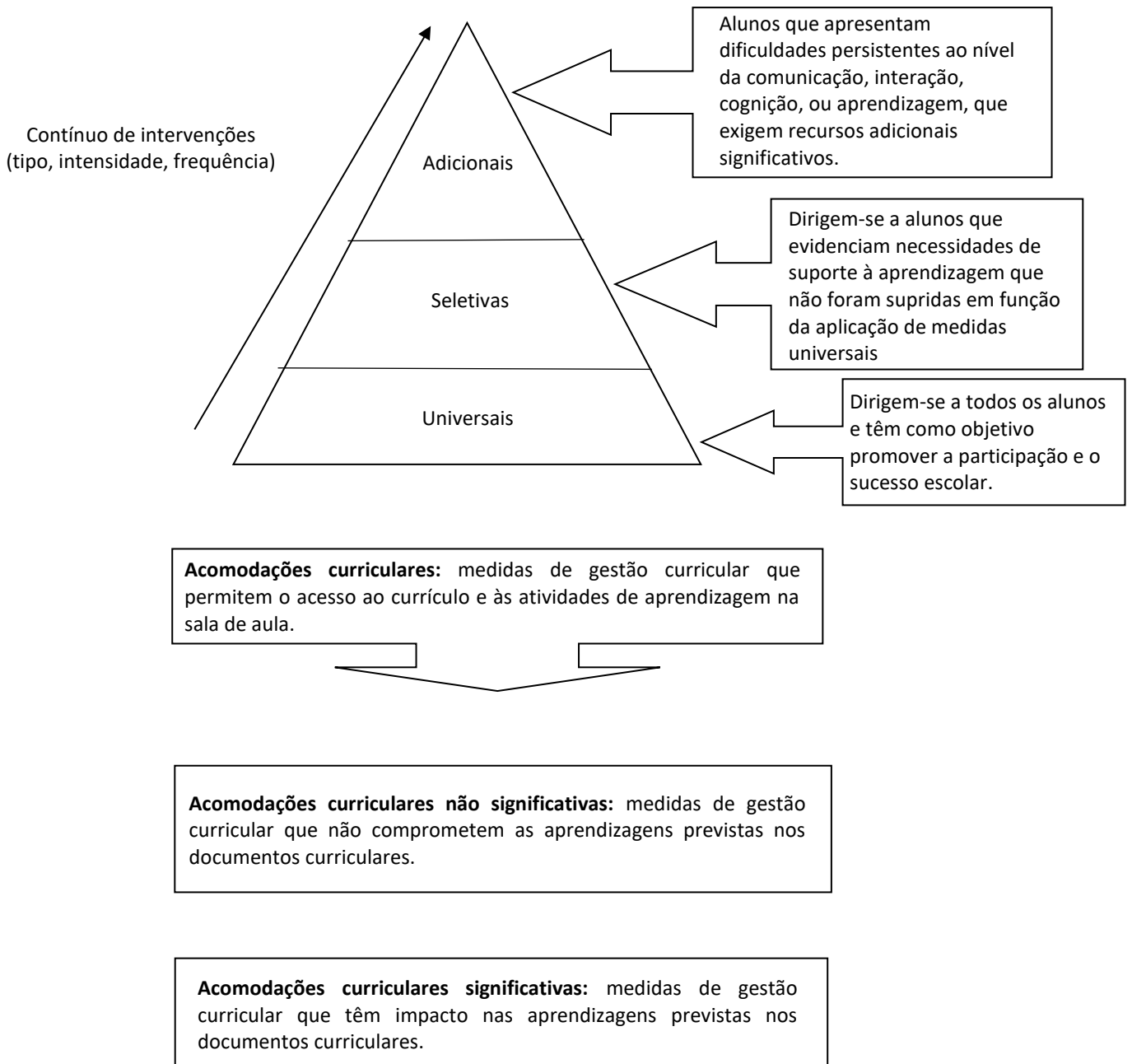
Nível 2: Definição das respostas educativas para os alunos com PHDA

O DL 54/2018 preconiza uma abordagem multinível em educação (conforme descrição que se segue). De acordo com DGE (2018, p. 18), “A abordagem multinível pode ser caracterizada como um modelo compreensivo e sistémico que visa o sucesso de todos os alunos, oferecendo um conjunto integrado de medidas de suporte à aprendizagem, adotadas em função da resposta dos alunos às mesmas. Esta abordagem é designada por multinível em referência ao modo como é realizada a organização das medidas de suporte à aprendizagem por níveis de intervenção.”

⁴ O processo de identificação consiste na comunicação/formalização das situações que envolvem a determinação de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão.

Abordagem multinível (os níveis não são estanques)
Medidas de suporte à aprendizagem e inclusão

Fonte: adaptado de Direção Regional da Educação (DRE, 2018)



Tipologia das medidas

Medidas adicionais

- a) Adequações no processo de matrícula (i.e., a frequência do ano de escolaridade por disciplinas);
- b) Currículo específico individual – deixa de existir – neste nível passa a adaptações curriculares significativas.

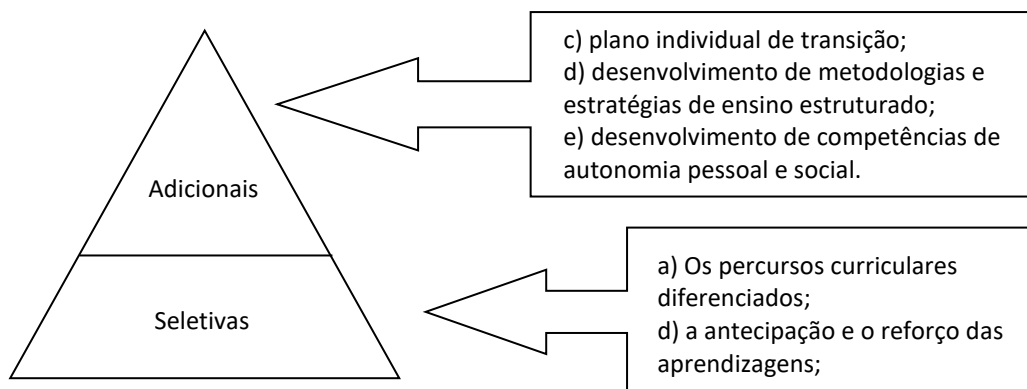
Medidas seletivas

- b) As adaptações curriculares não significativas;
- c) O apoio psicopedagógico;
- e) O apoio tutorial.

Medidas universais

- a) diferenciação pedagógica;
- b) acomodações curriculares;
- c) enriquecimento curricular;
- d) promoção de comportamento pró-social;
- e) intervenção com foco acadêmico ou comportamental em pequenos grupos.

Incluem-se, ainda, nas medidas adicionais e seletivas:



Segundo o que foi possível apurar no estudo feito por Oliveira (2016), a maioria dos alunos com PHDA do 1.º Ciclo necessita, em algum momento desta etapa do seu percurso escolar, de medidas do tipo universais e seletivas. Nestes casos, as mais usualmente aplicadas são: **apoio pedagógico personalizado – no atual DL apoio psicopedagógico – alínea c, do art.º 9** (e.g., implementação de estratégias, reforço de aptidões e aprendizagem, assim como desenvolvimento de competências específicas) e **adequações no processo de avaliação - no atual DL enquadra-se no âmbito das acomodações curriculares – alínea b, do art.º 8** (e.g., tempo extra, prova reduzida com questões claras, curtas e objetivas, leitura em voz alta das questões ou realização da prova num espaço isolado). Estas medidas proporcionam, por um lado, uma monitorização mais individualizada do docente face às aptidões que requerem progressos e, por outro, que o aluno usufrua de uma forma de avaliação que considere as suas principais dificuldades (principalmente ao nível das funções executivas, nomeadamente controlo inibitório, memória de trabalho e planeamento). A este propósito recomenda-se a leitura das “Linhas orientadoras de práticas pedagógicas que proporcionam múltiplos meios de envolvimento” (DGE, 2018).

Porém, é preciso realçar que nem todos os alunos com PHDA necessitam de tais serviços e/ou medidas educativas, pelo que se reforça a necessidade de conduzir a avaliação especializada efetuada (i.e., diagnóstica e pedagógica) com bastante rigor e em função do carácter idiossincrático de cada caso.

Nível 3: Planeamento/monitorização/avaliação da intervenção

É importante, primeiro que tudo, destacar que a intervenção com os alunos com PHDA não se esgota na definição de serviços e medidas de suporte à aprendizagem e inclusão fixados na legislação. Muito pelo contrário, deve abarcar um plano de tratamento abrangente que contemple estratégias cientificamente válidas para este tipo de alunos, de acordo com as especificidades de cada diagnóstico. Terminada a avaliação pedagógica especializada, torna-se extremamente importante uma reunião presencial que envolva todos os intervenientes que participaram nas diferentes etapas (i.e., médico especialista, psicólogo escolar, docente de educação especial e docente titular de turma), incluindo os pais, para a definição de um plano de tratamento individualizado.

O tratamento para alunos com PHDA será tão mais eficaz se aplicado, de modo consistente e sistemático, na escola e em casa.

Na maioria dos casos, o tratamento ideal envolve a combinação da psicoeducação, de fármacos, estratégias comportamentais e cognitivo-comportamentais e intervenções académicas. Todas estas medidas devem constar no Processo Individual do Aluno (PIA).



A decisão de medicar a criança caberá sempre ao médico especialista e exige autorização dos pais. A lógica de que nem todos os alunos com PHDA necessitam de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão mais restritivas também se aplica à intervenção farmacológica. Ora, poder-se-á evitar a prescrição indiscriminada da medicação e, por vezes, pouco criteriosa, se assegurados estes procedimentos nucleares.

A medicação é essencial para alguns alunos com PHDA e, sempre que necessária, deverá ser introduzida, embora coadjuvada com as restantes medidas citadas. Para os alunos que não precisam de medicação o tratamento focar-se-á na implementação de estratégias comportamentais, cognitivo-comportamentais e académicas.

A execução, monitorização e avaliação da intervenção pedagógica deve ser da responsabilidade da equipa escolar (principalmente do docente titular de turma, do docente de educação especial e do psicólogo).

O psicólogo deve ser capaz de capacitar os pais, professores e docentes de educação especial para a implementação dos tratamentos não farmacológicos. Os pais e professores, além de executarem tais medidas, devem supervisionar a medicação e os seus efeitos (esta

informação deve ser garantida ao médico especialista para eventual necessidade de alteração, ajuste ou suspensão).

Todas estas medidas devem ser alvo de avaliação periódica em reunião conjunta. No final do ano letivo deverá ser feita uma avaliação global e tomadas decisões quanto à sua continuação ou alteração para o ano letivo subsequente.

Discussão e Conclusão

O novo paradigma de escola inclusiva assenta num modelo orientado para o sucesso de todos os alunos, respondendo de forma eficaz à diversidade das suas necessidades educativas através da organização de um conjunto integrado de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão. Mobiliza todo o capital humano das escolas e, sempre que necessário e desejável, em articulação com os serviços externos de saúde, emprego, formação profissional e da segurança social.

Os elementos provenientes da escola, incluindo as classificações dos professores, as avaliações de desempenho, as observações em contexto natural e outros registos escolares são imprescindíveis para um diagnóstico rigoroso e eficaz da PHDA. Desta forma, a escola deve ser ativamente envolvida em todas as fases do processo, nomeadamente: sinalização; avaliação multidisciplinar; planeamento da intervenção e avaliação dos resultados da intervenção (DuPaul, 2004).

Do ponto de vista global da intervenção, a premissa geral, desde a publicação, em 1992, dos resultados do *Multimodal Treatment of ADHD Study* (MTA) desenvolvido pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH), é a de que se deve combinar os três tipos de tratamento (i.e., farmacológico, comportamental e cognitivo-comportamental) sob a designação corrente de Tratamento Multimodal, que deve ser alicerçada em formação psicoeducacional para pais e professores. Uma breve incursão na literatura elucida-nos acerca das vantagens deste tipo de abordagem (Chan et al., 2016; Dahl et al., 2020; Ferrin et al., 2014; Molina et al., 2009; Swanson et al., 2008; Van der Oord et al., 2008; Van der Oord & Tripp, 2020).

No contexto educativo, a estratégia deve seguir a asserção de que se faz tudo o que é possível para lhes facilitar o sucesso académico, com a ressalva de que cada caso deve ser avaliado individualmente, pois uma mesma medida interventiva pode revelar-se benéfica para determinado aluno e não o ser para um outro que se inclua na mesma categoria nosográfica (Pfiffner, 2006/2008).

Em suma, o importante é que a escola garanta uma Equipa Multidisciplinar que, em parceria com os professores, seja capaz de delinear um percurso educativo ajustado ao perfil destes alunos, assegurando a implementação de técnicas de gestão comportamental e estratégias educativas, assim como reivindicando alguns dos direitos consignados na diferente legislação produzida para alunos que requerem medidas de suporte à aprendizagem e inclusão, sempre que a situação assim o exija. Será também da responsabilidade dos membros da referida Equipa Multidisciplinar a elaboração de um plano de tratamento a ser executado pelos pais, bem como formação dos próprios para a operacionalização do mesmo, numa

cooperação que garanta a continuidade da intervenção e sua otimização noutros contextos, que não somente o escolar (Beaulieu & McBurnett, 2018; Daley, 2018; Pfiffner, 2018).

Para além dos imperativos legais, especificamente a necessidade de as escolas terem Equipas Multidisciplinares (art.º 12, DL 54/2018), as razões anteriormente expostas mostram que os psicólogos educacionais devem assumir um papel importante na avaliação da PHDA e na mediação da informação com outros profissionais de saúde (Brock & Clinton, 2007). Simultaneamente, uma vez que conhecem a perturbação e a forma como se manifesta, podem coordenar as Equipas Multidisciplinares das escolas no planeamento e desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais (Bylund, 2015; Salmon & Kirby, 2009).

A PHDA é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais investigadas. Entre a vasta e diversificada bibliografia destaca-se a produção de guidelines específicas relacionadas à avaliação, diagnóstico e tratamento desta perturbação. Não obstante, no enquadramento legal existente em Portugal em matéria de educação inclusiva (i.e., DL 54/2018) é notória uma discrepância entre a teoria e a prática relacionada à intervenção escolar com os alunos com PHDA, em muito motivada pela falta de recursos, mas também devido a uma deficiente articulação entre as escolas e os serviços externos.

Na investigação conduzida por Oliveira (2016) detetaram-se neste âmbito as seguintes lacunas:

- (i) Ausência do envolvimento dos professores no preenchimento de escalas de avaliação comportamental para o diagnóstico da PHDA em alguns alunos;
- (ii) Ausência de documentação de suporte ao diagnóstico em contexto escolar (i.e., relatório clínico e/ou psicopedagógico);
- (iii) Ausência de apoio aos docentes na implementação/acompanhamento/avaliação de estratégias para a PHDA (i.e., por parte de psicólogos, docentes de educação especial ou outros especialistas escolares);
- (iv) Ausência no Processo Individual do Aluno de um plano de intervenção formalizado a ser desenvolvido pelos pais das crianças.

Esta realidade é ainda mais gravosa se observarmos o nível socioeconómico das famílias. Em concreto, verificou-se que no ensino privado os pais que têm um nível socioeconómico elevado, estão mais informados acerca da problemática, em casa assumem um papel ativo de co-terapeutas (auxiliados por especialistas de clínicas privadas) e na escola demonstram maior envolvimento, nomeadamente na comunicação que estabelecem com os professores. Assistimos, assim, a um perpetuar das desigualdades sociais, que a escola pública deverá combater (Oliveira, 2016).

Neste sentido, as escolas (principalmente as públicas) devem organizar-se para assegurar uma efetiva resposta a esta população, através da criação de mecanismos que potenciem a colaboração harmónica entre diferentes profissionais/serviços internos e externos nas diferentes fases que envolvem o processo de PHDA (sinalização, identificação, intervenção e monitorização dos resultados). Só desta forma se poderão esbater as desigualdades sociais existentes na intervenção ao nível desta perturbação em contexto escolar, uma vez que com alguma frequência os filhos de pais de estratos sociais mais elevados

são mais precocemente identificados/avaliados, diagnosticados e alvo de tratamentos específicos, procurando, maioritariamente, respostas no setor privado.

O MAEA-PHDA pretende contribuir para a uniformização de procedimentos e processos que garantam respostas adequadas e eficazes para todos os alunos com PHDA, com vista à melhoria do seu rendimento académico e qualidade de vida global (dos próprios e dos seus cuidadores).

Apesar do MAEA-PHDA ter resultado de uma investigação realizada numa região com especificidades próprias (Açores), no que concerne a serviços externos e dinâmicas escolares, este modelo foi desenhado e pensado para ser aplicado à realidade atual de qualquer escola do país. Acresce que poderá igualmente ser adaptado a outras problemáticas que tenham impacto no rendimento académico.

Para terminar, reconhece-se a importância de testar a eficácia do MAEA-PHDA, procedendo à sua implementação e monitorização num determinado território educativo. Será esse o nosso próximo desafio.

Financiamento

Trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto de investigação M3.1.2/F/066/2011, financiado pelo Fundo Regional para a Ciência e Tecnologia, com o apoio da Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura dos Açores.

Referências

- Alfaiate, C. (2009). *Impacto da perturbação de hiperactividade com défice de atenção (subtipo combinado) no funcionamento neuropsicológico: Estudos de validade com a bateria de avaliação neuropsicológica de Coimbra (BANC)*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/12153>
- American Academy Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª Ed.). Climepsi Editores.
- Antshel, K. M. (2015). Psychosocial interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: Update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 79–97. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.002>

- Antshel, K., Hargrave, T., Simonescu, M., Kaul, P., Hendricks, K., & Faraone, S. (2011). Advances in understanding and treating ADHD. *BMC medicine*, 9(1), 72-83. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-72>
- Barkley, R. (2015). Psychological assessment of children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Edwards, G. (2008). Entrevista diagnóstica, escalas de avaliação do comportamento e exame médico. In R. A. Barkley et al. (Eds.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (3.^a ed., pp.349-400). Artmed.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). Guilford Press
- Beaulieu, A., & McBurnett, K. (2018). Sustained effects of collaborative school-home intervention for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.016>
- Boavida, J., Nogueira, S., & Vicente, I. (2020). Terapêutica farmacológica na PHDA. In O. Moura, M. Pereira, & M. Simões (Eds.). *Perturbação de Hiperatividade/Déficite de Atenção: Diagnóstico, Intervenção e Desenvolvimento ao Longo da Vida* (p.281-311). Pactor.
- Brock, S. E., & Clinton, A. (2007). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in childhood: A review of the literature. *The California School Psychologist*, 12(1), 73-91. <https://doi.org/10.1007/BF03340933>
- Bylund, J. (2015). School based assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica*, 1(15), 43-50. <https://doi.org/10.22287/ag.v1i15.263>
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD practice guidelines* (4th ed.). CADDRA. <https://www.caddra.ca/canadian-adhd-practice-guidelines/>
- Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA*, 315(18), 1997–2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453>
- Chimiklis, A. L., Dahl, V., Spears, A. P., Goss, K., Fogarty, K., & Chacko, A. (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3155-3168. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1148-7>
- Conners, C. K. (1999). Conners Rating Scales-Revised. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp.467–495). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Correia, L. M. (2008). *A escola contemporânea e a inclusão de alunos com NEE: Considerações para uma educação com sucesso*. Porto Editora.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto Editora.
- Coutinho, G., Mattos, P., & Malloy-Diniz, L. F. (2009). Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 141–144. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000200011>
- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N. A., & Chacko, A. (2020). Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: A systematic review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(2), 257–292. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09691-3>
- Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: Care, Health and Development*, 36(4), 455-464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01046.x>
- De Sousa, A., & Kalra, G. (2012). Drug therapy of attention deficit hyperactivity disorder: Current trends. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 45-69. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.87261>
- Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho. *Diário da República nº 129 – 1ª Série*. Ministério da Educação.
- Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de janeiro. *Diário da República nº 4 – 1ª Série*. Ministério da Educação.
- Despacho normativo nº 17-A/2015, de 22 de setembro. *Diário da República nº 185 – 2ª Série*. Ministério da Educação e Ciência.
- Direção Regional da Educação (2018). *Estratégia regional para o desenvolvimento de uma educação inclusiva*. DRE. <https://www.madeira.gov.pt/dre>

- Direção Geral da Educação (2018). *Para uma educação inclusiva: Manual de apoio à prática*. DGE. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- DuPaul, G. J. (2019). School-based interventions for students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 36(2), 183-194. <https://doi.org/10.1080/02796015.2007.12087939>
- DuPaul, G. J. (2004). ADHD identification and assessment: basic guidelines for educators. Helping children at home and school II: Handouts for families and educators. *Bethesda, MD: National Association of School Psychologists*, 8, 17-20. [http://nasp_adhd\(2\).pdf](http://nasp_adhd(2).pdf)
- DuPaul, G. J., & Jimerson, S. R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: contemporary science, practice, and policy. *School Psychology Quarterly: The Official Journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 29(4), 379-384. <https://doi.org/10.1037/spq0000104>
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014). School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 687-697. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.003>
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011) ADHD in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35-42. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534935>
- DuPaul, G. J., & Weyandt, L. L. (2006) School based Intervention for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 161-176. <https://doi.org/10.1080/10349120600716141>
- DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (2006). Academic interventions for students with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: A review of the literature. *Reading & Writing Quarterly Overcoming Learning Difficulties*, 14(1), 59-82. <https://doi.org/10.1080/1057356980140104>
- Ek, U., Fernell, E., Westerlund, J., Holmberg, K., Olsson, P. O., & Gillberg, C. (2007). Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD. *Acta Paediatrica*, 96(5), 756-761. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00297.x>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Salcedo-Marin, M., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: Immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(8), 637-647. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0494-7>
- Gardill, M., & DuPaul, G. J. (1996). Classroom strategies for managing students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Intervention in School & Clinic*, 32(2), 89-94. <https://doi.org/10.1177/105345129603200204>
- Gomes, A. A., Lopes, C., & Silva, F. (2010). Manual EDAH - *Escalas de Avaliação para o Défice de Atenção com Hiperactividade - Adaptação portuguesa*. CEGOG-TEA.
- Hall, A. S., & Gushee, A. G. (2000). Diagnosis and treatment with Attention Deficit Hyperactive youth: Mental health consultation with school counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 295-305. <https://www.thefreelibrary.com/Diagnosis+and+Treatment+with+Attention+Deficit+Hyperactive+Youth+%3a...-a066961148>
- Heward, W. L. (2010). Ensino e aprendizagem: Dez noções enganadoras limitativas da eficácia da educação especial. In L. M. Correia (Ed.), *Educação Especial e Inclusão: Quem Disse que uma Sobrevive sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo* (2.ª ed., pp.109-153). Porto Editora.
- Hughes, L. (2007). The reality of living with AD/HD: Children's concern about educational and medical support. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(1), 69-80. <https://doi.org/10.1080/13632750601135915>

- Iznardo, M., Rogers, M. A., Volpe, R. J., Labelle, P. R., & Robaey, P. (2020). The effectiveness of daily behavior report cards for children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1623–1636. <https://doi.org/10.1177/1087054717734646>
- Kortekaas-Rijlaarsdam, A.F., Luman, M., Sonuga-Barke, E., & Oosterlaan, J. (2019). Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 155–164. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1106-3>
- Koro-Ljungberg, M., Bussing, R., Wilder, J., & Gary, F. (2011). Role of communication in the context of educating children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Parents' and teachers' perspectives. *Journal of School Public Relations*, 32(1), 41-75. <https://doi.org/10.3138/jspr.32.1.41>
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007) Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643-654. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>
- Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2004). Similarities and differences in Wechsler Intelligence Scale for Children--Third Edition (WISC-III) profiles: Support for subtest analysis in clinical referrals. *The Clinical Neuropsychologist*, 18(4), 559–572. <https://doi.org/10.1080/13854040490888530>
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliott, A. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Gibbons, R., Hur, K., Houck, P. R., & The MTA Cooperative Group (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>
- Moura, O. (2006). *Strengths and Weaknesses of ADHD-Symptoms and Normal-Behavior (SWAN)*. Material não publicado.
- Moura, O., Costa, P., & Simões, M. R. (2019). WISC-III cognitive profiles in children with ADHD: Specific cognitive impairments and diagnostic utility. *The Journal of General Psychology*, 146(3), 258–282. <https://doi.org/10.1080/00221309.2018.1561410>
- Mulligan, S. (2001). Classroom strategies used by teachers of students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(4), 25-44. https://doi.org/10.1080/J006v20n04_03
- Murray, D. W., Childress, A., Giblin, J., Williamson, D., Armstrong, R., & Starr, H. L. (2011). Effects of OROS methylphenidate on academic, behavioral, and cognitive tasks in children 9 to 12 years of age with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, 50(4), 308–320. <https://doi.org/10.1177/0009922810394832>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Ng, Q. X., Ho, C., Chan, H. W., Yong, B., & Yeo, W. S. (2017). Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 34, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.018>
- Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette Syndrome and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 617-627. <https://doi.org/10.1111/cch.12039>
- Oliveira, L. C. M. (2016). *A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA): Do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade do Minho, Braga. <http://hdl.handle.net/1822/48671>
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, T., & Serrano, A. (2019). Traducción y adaptación al portugués de la Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale: un estudo piloto. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 6(1), 56-67. <https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4910>
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2016). PHDA: O que há de novo no DSM-5. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2(1), 75-94. https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4
- Pereira, D. J. (2020). Neuroimagem na PHDA. In O. Moura, M. Pereira, & M. R. Simões (Eds.), *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Diagnóstico, intervenção e desenvolvimento ao longo da vida* (pp.81-117). Pactor.

- Pfiffner, L. J., Rooney, M. E., Jiang, Y., Haack, L. M., Beaulieu, A., & McBurnett, K. (2018). Sustained effects of collaborative school-home intervention for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.01>
- Pfiffner, L. J., Barkley, R. A., & DuPaul, G. J. (2008). Tratamento do TDAH em ambientes escolares. In R. A. Barkley et al. (Eds.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (3ª ed.). Artmed.
- Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>
- Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-regulation interventions for children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children*, 71(4), 361-377. [http://Self-Regulation Interventions.pdf \(miottawa.org\)](http://Self-Regulation Interventions.pdf (miottawa.org))
- Rodrigues, A. N. (2007). Escalas revistas de Conners – Formas reduzidas para pais e professores. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp.203-227). Edições Quarteto.
- Rodrigues, A., & Neves, M. (2020). O papel das entrevistas e das escalas de avaliação de comportamentos na PHDA. In O. Moura, M. Pereira, & M. R. Simões (Eds.), *Perturbação de Hiperatividade/Défcie de Atenção: Diagnóstico, intervenção e desenvolvimento ao longo da vida* (pp.155-194). Pactor.
- Robin, A. L. (2014). Family therapy for adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 747–756. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.06.001>
- Salmon, G., & Kirby, A. (2009). The role of teachers in the assessment of children suspected of having AD/HD. *British Journal of Special Education*, 36(3), 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2009.00439.x>
- Scheffler, R. M., Brown, T. T., Fulton, B. D., Hinshaw, S. P., Levine, P., & Stone, S. (2009). Positive association between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder medication use and academic achievement during elementary school. *Pediatrics*, 123(5), 1273-1279. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1597>
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(11), 183-190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Shayer, B., Nunes, S., Reis, A., Villanova Figueiredo, T., Duran, P., Robatto Nunes, A. ... do Rosario, M. (2010). The Freedom from Distractibility Index (FDI) and its usefulness in the clinical diagnoses of children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(Suppl. 1, pS29-S29, 2/5p). <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0117-5>
- Shillingford-Butler, M. A., & Theodore, L. (2013). Students diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Collaborative strategies for school counselors. *Professional School Counseling*, 16(4), 235-245. <https://doi.org/10.5330/PSC.n.2013-16.235>
- Sibley, M. H., Olson, S., Morley, C., Campey, M., & Pelham, W. E. (2016). A school consultation intervention for adolescents with ADHD: Barriers and implementation strategies. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(4), 183-191. <https://doi.org/10.1111/camh.12159>
- Simões, M. R., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Pereira, M., Seabra-Santos, M. J., Alberto, I., . . . Moura, O. (2016). *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra* (BANC) [Coimbra neuropsychological assessment battery]. Cegoc.
- Snow, J. B., & Sapp, G. L. (2000). WISC-III subtest patterns of ADHD and normal samples. *Psychological Reports*, 87(3 Pt 1), 759–765. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.3.759>
- Swanson, J., Arnold, L. E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., ... & Greenhill, L. (2008). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment Study of children with ADHD (MTA) Part II: Supporting details. *Journal of Attention Disorders*, 12(1), 15-43. <https://doi.org/10.1177/1087054708319525>

- Swanson, J. M., Schuck, S., Porter, M. M., Carlson, C., Hartman, C. A., Sergeant, J. A., ... Wigal, T. (2012). Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN Rating Scales. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, *10*(1), 51-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4618695/>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *135*(4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Van der Oord, S., Tripp, G. (2020). How to improve behavioral parent and teacher training for children with ADHD: Integrating empirical research on learning and motivation into treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *23*, 577–604. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00327-z>
- Van Doren, J., Arns, M., Heinrich, H., Vollebregt, M. A., Strehl, U., & K Loo, S. (2019). Sustained effects of neurofeedback in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, *28*(3), 293–305. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1121-4>
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(5), 783-800. <https://doi.org/10.1177/1087054708319525>
- Watkins, M. W., Kush, J. C., & Glutting, J. J. (1997). Prevalence and diagnostic utility of the WISC–III SCAD profile among children with disabilities. *School Psychology Quarterly*, *12*(3), 235–248. <https://doi.org/10.1037/h0088960>
- Wigal, S. B. (2009). Efficacy and safety limitations of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder pharmacotherapy in children and adults. *Cns Drugs*, *23*(1), 21-31. <https://doi.org/10.2165/00023210-200923000-00004>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S.V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, *57*, 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wolraich, M. L., Feurer, I., Hannah, J., Baumgaertel, A., & Pinnock, T. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(2), 141-152. <https://doi.org/10.1023/A:1022673906401>
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, *28*(8), 559-568. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davidson, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), 1-25. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Proposal of a school service model for students with ADHD (SSMS-ADHD)

Abstract

The Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological condition that, by the way it manifests itself in the school context (i.e., at the level of academic, behavioral and social problems), represents a challenge for all educational agents who deal with these students. This study is the result of an investigation that analyzed the educational practices adopted with students with ADHD (Oliveira, 2016), in which several gaps were identified (e.g., few articulation and communication between the different actors in the assessment/diagnosis process and the possibilities of intervention in a school context; lack of guidelines to help plan specific educational responses for students with ADHD; and lack of programs that focus on school-home collaboration). The diversity service model (MAD) proposed by Correia (1997) served as the basis for the proposed model of school care for students with ADHD (MAEA-ADHD) presented here, which includes specific mechanisms for signaling, evaluating and intervening in schools for students with ADHD. With this, it is intended to give a more effective educational response for children/young people with this problem.

Keywords

ADHD, signaling, evaluation, intervention models.

Received: 26.07.2021

Revision received: 13.12.2021

Accepted: 15.12.2021