

Tânia Carla Leonel Schuchter

**PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E  
LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA**



**Universidade Fernando Pessoa**

Porto, 2021.



Tânia Carla Leonel Schuchter

**PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E  
LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA**



**Universidade Fernando Pessoa**

Porto, 2021.

Tânia Carla Leonel Schuchter

**PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E  
LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação - Educação Especial, realizada sob orientação da Professora Doutora Susana Marinho.

Porto, 2021.

## **RESUMO**

Com este trabalho pretendeu-se identificar traços característicos de labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) na Escola Inclusiva; esclarecer os possíveis sintomas da labilidade emocional se devem somente a distúrbios da PHDA, a comorbilidade ou uma nova entidade nosológica. O método utilizado foi a pesquisa quantitativa, sendo aplicado um questionário a profissionais do Centro Multidisciplinar de Apoio Pedagógico (CEAPEM) e escolas articuladas ao mesmo, num total de 35 participantes, dentre eles profissionais da equipa pedagógica, profissionais da equipa multidisciplinar e pais ou responsáveis legais que lidam diretamente com alunos com PHDA. Os resultados permitiram identificar que a maioria dos alunos apresentam possíveis sintomas da labilidade emocional na PHDA e um menor número não apresenta possíveis sintomas da labilidade emocional na PHDA. Conclui-se que as evidências expostas no presente trabalho permitem findar que a labilidade emocional é um traço característico realmente marcante e significativo em alunos com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção na Escola Inclusiva e em todas as fases da vida, causando impacto negativo no seu desenvolvimento social e escolar.

Palavras-chave: Labilidade emocional. Escola inclusiva. PHDA.

## **ABSTRACT**

The aim of this work was to identify characteristic traits of emotional lability in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) at the Inclusive School; clarifying the possible symptoms of emotional lability are only due to ADHD disorders, comorbidity or a new nosological entity. The method used was quantitative research, with a questionnaire being applied to professionals from the Multidisciplinary Center for Pedagogical Support (CEAPEM) and schools linked to it, with a total of 35 participants, including professionals from the pedagogical team, professionals from the multidisciplinary team and parents or guardians legal entities that deal directly with students with ADHD. The results allowed us to identify that most students have possible symptoms of emotional lability in ADHD and a smaller number do not show possible symptoms of emotional lability in ADHD. It is concluded that the evidence presented in this work allows us to conclude that emotional lability is a really striking and significant characteristic feature in students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in the Inclusive School and in all stages of life, causing an impact negative in their social and school development.

**Keywords:** Emotional lability. Including school. ADHD.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu amado esposo Marcio que sempre esteve ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória, mesmo no período que esteve com sua saúde fragilizada no decorrer do desenvolvimento da minha Dissertação não deixou de me apoiar e sim permaneceu me incentivando.

Ao meu amado filho Pedro, meu pequeno/grande homem e inspirador que com seus oito anos de idade me disse “mamãe vai em busca do seu sonho e ainda mais esse sonho sendo um estudo, ficarei com saudades da senhora, sentirei sua falta, mas entenderei sua ausência enquanto estiver estudando em Portugal.”

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Professora Doutora Susana Marinho por sua magnificência em suas aulas ministradas e as ricas orientações recebidas em cada passo deste trabalho.

Agradeço aos meus pais Alcindo e Elza pelo carinho, atenção e apoio que eles me deram durante toda a minha vida.

A minha amiga Charlene, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo.

A Neuza Mattos por todo o apoio e receptividade, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos os alunos da minha turma, pelo ambiente amistoso no qual convivemos e solidificamos os nossos conhecimentos.

E por fim agradeço a presença dos membros da banca examinadora deste trabalho.

Quanta dor e quanta privação. Meus sonhos a serem conquistados. Tão perto e tão distante. Quanta solidão senti. Quanto esforço e quanto suor. Tantos dias e tantas noites escalando muralhas para conquistar a fortaleza. De tão alto, caí. Tão perto e tão longe. Quantas trilhas e caminhos tortuosos enfrentei. Quão longe eu as minhas palavras. Quantas palavras e quanto poder. Meu destino esculpido pelo artesão, pintado pelo artista. Um encontro marcado.

(Paul Vordestein).

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	V
ABSTRACT .....	VI
DEDICATÓRIA .....	VII
AGRADECIMENTOS .....	VIII
ÍNDICE.....	X
LISTA DE TABELAS .....	XII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIII
LISTA DE FIGURAS .....	XIV
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XV
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
1 CONCEITO DE PHDA .....	5
1.1 Aspectos neurobiológicos e emocionais na PHDA.....	8
1.2 Amígdala.....	13
2 ESCOLA INCLUSIVA.....	16
2.1 Inclusão.....	16
2.2 Desempenho escolar do aluno (a) com PHDA.....	17
2.3 Alunos com PHDA e escola inclusiva.....	19
3 LABILIDADE EMOCIONAL.....	21
3.1 Sintomas da labilidade emocional na PHDA .....	23
3.2 Uma nova entidade nosológica?.....	24
3.3 A labilidade emocional e comorbilidades .....	24
3.3.1 Perturbação Desafiante de Oposição e Perturbação da Conduta vs PHDA..	25
3.3.2 Perturbação Bipolar vs PHDA .....	26
3.3.3 Perturbação da Ansiedade vs PHDA ..	26
3.3.4 Perturbação do Humor (Distímico e Depressivo Maior) vs PHDA.....	27
3.3.5 Perturbação de Desregulação do Humor vs PHDA .....	27
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	29
1 PROBLEMÁTICA.....	30
2 METODOLOGIA .....	32

2.1 <i>Participantes</i> .....	33
2.2 <i>Instrumentos</i> .....	35
2.3 <i>Procedimento</i> .....	35
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
3.1 <i>Agressividade física/verbal</i> .....	37
3.2 <i>Ataques de raiva</i> .....	38
3.3 <i>Mudanças súbitas e intensas em situações de frustração</i> .....	39
3.4 <i>Descontrole de resposta/impulsividade</i> .....	41
3.5 <i>Disforia/euforia</i> .....	42
3.6 <i>Tolerância a frustração (baixo nível de tolerância)</i> .....	43
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	57
ANEXO 01 – Parecer da Comissão de Ética.....	57
ANEXO 02 – Declaração de Consentimento Informado.....	58
ANEXO 03 – Questionário aplicado aos participantes.....	59
ANEXO 04 – Autorização para realização da pesquisa no CEAPEM.....	60
ANEXO 05 – Solicitação para o acesso ao CEAPEM e escolas articuladas ao CEAPEM.....	61
ANEXO 06 – Solicitação de autorização para o acesso aos profissionais do CEAPEM e aos profissionais das escolas articuladas ao CEAPEM.....	62
ANEXO 07 – Tema do trabalho de investigação, objetivo da pesquisa e instruções para o preenchimento do questionário.....	63

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Idade dos participantes .....	33
Tabela 2 – Sexo dos participantes .....	34

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade dos participantes .....	33
Gráfico 2 – Sexo dos participantes .....	34
Gráfico 3 – Profissão dos participantes .....	34
Gráfico 4 – Frequência de Agressividade física/verbal.....	37
Gráfico 5 – Frequência de Ataques de raiva.....	38
Gráfico 6 – Frequência de Mudanças súbitas e intensas em situações de frustração .....	39
Gráfico 7 – Frequência de Descontrole de resposta/impulsividade .....	41
Gráfico 8 – Frequência de Disforia/euforia.....	42
Gráfico 9 – Frequência de Tolerância a frustração .....	43

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – (A) Circuito de Papez; (B) O Sistema Límbico de Paul Maclean.....	9
Figura 2 – Circuitos neurais.....	10
Figura 3 – Amígdala.....	14
Figura 4 – Conexões complexas (conectividade).....	15

## **ABREVIATURAS**

ACC – Córtex Cingulado Anterior

CEAPEM – Centro de Apoio Pedagógico Multidisciplinar

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

LE – Labilidade Emocional

MEC – Ministério da Educação

OFC – Córtex Orbitofrontal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PFC – Córtex Pré-Frontal

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

VLPFC – Córtex Pré-Frontal Ventrolateral

VS – Versus

## INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desatenção, inquietude e impulsividade, e em muitos casos, o indivíduo apresenta labilidade emocional (LE). A labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é cada vez mais reconhecida em relatos de casos e nas pesquisas de cunho científico, mesmo não sendo sintoma incluído no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2014).

O termo labilidade emocional (LE) tem muitas conotações possíveis, mas aqui estamos nos referindo a mudanças súbitas e elevada intensidade na forma de manifestar emoções que são impróprias para o cenário ou o estágio de desenvolvimento da criança com PHDA (Posner *et alli.*, 2011).

Cerca de 40% das crianças e 35-70% dos adultos com PHDA apresentam prevalência a desregulação emocional, independentemente de outras possíveis comorbidades. (Shaw *et alli.*, 2014). A desregulação emocional pode ser definida como uma disfunção na modificação de um estado emocional de forma adaptativa e orientada para objetivos, resultando em indivíduos facilmente excitáveis (estimuláveis) na raiva e propensos a labilidade emocional de humor intenso (Shaw *et alli.*, 2014).

Os mesmos autores, numa revisão recente, concluíram que a desregulação emocional é altamente prevalente na PHDA e é um dos principais contribuintes para o comprometimento, está associada a défices no reconhecimento e/ou alocação de atenção aos estímulos emocionais, implicando défices no estriato-amígdalo-medial, rede cortical pré-frontal (Shaw *et alli.*, 2014). A desregulação emocional é caracterizada por emoções excessivas e que mudam rapidamente e frequentemente (Stringaris, 2011).

Os alunos com PHDA e desregulação de emoções têm maior dificuldade nos relacionamentos com pares, vida familiar, desempenho ocupacional e desempenho acadêmico do que aqueles com PHDA isolada (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010).

O sistema nervoso autônomo desempenha um papel vital na atenção, autorregulação, estabilidade emocional e afiliação social, o qual também se encontra afetado na PHDA. (*Rukmani et alli.*, 2016). O córtex pré-frontal, que é vital para a atenção, controle motor, regulação emocional e controle autonômico de ordem superior, é hipofuncional na PHDA e não exerce plenamente uma autorregulação equilibrada frente a estímulos de baixa ou nula recompensa levando a descontrole de resposta, muitas das vezes responde pergunta sem pensar na consequência que pode vir a causar (*Rukmani et alli.*, 2016).

O âmbito do estudo na presente pesquisa é a escola inclusiva, a educação inclusiva que compreende a educação especial dentro da escola regular e transforma a escola num espaço para todos. A escola favorece a diversidade na medida em que considera que todos os alunos podem ter necessidades especiais em algum momento de sua vida escolar.

A PHDA é um dos temas de maior relevância no campo educacional e da saúde na contemporaneidade. Tratar essa questão no sentido de compreendê-la que o aluno com PHDA apresenta possivelmente a labilidade emocional e saber identificar essa problemática é um fator fundamental para o atendimento de qualidade aos estudantes diagnosticados com PHDA na escola inclusiva.

A motivação para a presente pesquisa se deu pelo interesse de aprofundar o tema em epígrafe e contribuir para colmatar as lacunas existentes no conhecimento científico.

A opção pelo estudo prende-se pelo facto de estudos recentes sugerirem que se inclua a desregulação emocional como sendo um sintoma fundamental na PHDA (*Childress & Sallee*, 2015). A emoção envolve processos de avaliação, sensação física, comportamento motor, intencionalidade e expressão interpessoal; desempenha a função básica de auxiliar uma pessoa na avaliação de alternativas, ao oferecer motivação e revelar necessidades e perigos. Portanto, regular as emoções representa uma habilidade fundamental para a interação social.

O presente trabalho está estruturado em duas partes principais (enquadramento teórico e abordagem empírica). Neste sentido, na primeira parte, apresenta-se o enquadramento teórico, o conceito da PHDA, aspetos neurobiológicos e emocionais, amígdala, escola inclusiva, desempenho escolar do aluno (a) com PHDA, impacto do portador de PHDA na escola inclusiva, prosseguindo com a labilidade emocional, sintomas da labilidade emocional na PHDA, uma nova entidade nosológica?, a labilidade emocional e comorbilidades, Perturbação Desafiadora de Oposição e Perturbação da Conduta na PHDA, Perturbação Bipolar, ansiedade e Perturbação do Humor (distímico e depressivo maior). Na segunda parte apresenta-se a abordagem empírica, explorando a problemática, perguntas de partida e objetivos deste estudo, no segundo *capítulo* apresenta-se a metodologia, participantes, instrumento e procedimento, e por fim, o terceiro capítulo com a apresentação e discussão dos resultados e conclusão.

**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1 CONCEITO DE PHDA

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação neurobiológica com início na infância e com grande possibilidade de persistência na idade adulta. Os principais sintomas apresentados são défice de atenção, hiperatividade e impulsividade (Mattos, 2006).

O portador da PHDA pode apresentar sintomas como dificuldade de concentração, distração, dificuldade de ouvir, falta de controle de impulsos, desorganização, tendência ao adiamento de tarefas, “sonhar acordado”, falta de perseverança em atividades que exigem esforço mental prolongado, porém nem todos os portadores apresentam os mesmos sintomas (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

O aluno com PHDA apresenta tendência a executar várias tarefas ao mesmo tempo deixando muitas inacabadas, falha na organização de tempo e espaço, dificuldade de planejamento, problemas de memória em curto prazo, dificuldade para lidar com regras sociais, falhas de julgamento, interpretações errôneas por não perceber detalhes, dificuldade em expressar sentimentos, ansiedade crônica, falta de motivação, hiperatividade e dificuldade em aprender com a experiência (Benczik *et alli.*, 2015).

Segundo Lopes (2004), as crianças com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, por exemplo, exibem, por definição, níveis eminentes de desatenção relativamente a outras crianças da mesma faixa etária de idade, a atenção constitui uma percepção multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção e incapacidade para filtrar estímulos externos ao tentar se concentrar em uma atividade ou tarefa particular.

Para Stroh (2010), as crianças com PHDA demonstram um grau de atividade maior que outras crianças da mesma faixa etária, isto é, apresentam um excesso de comportamentos e dificuldade em manter a atenção e concentração. Por isso são impulsivos, ansiosos, inquietos, eufóricos e distraem-se com frequência. A constante agitação e inquietude não lhes permite a calma, a concentração e a atenção para as tarefas

a realizar sendo normal mudar de tarefa constantemente, tornando-se difícil concluir as iniciadas. A agitação corporal é notória, distinguindo-se das crianças com o mesmo nível de desenvolvimento pela sua intensidade. No entanto, a agitação não é apenas motora, mas também cerebral, fazendo com que muitas das vezes o aluno esteja a pensar em situações que nada refletem os temas abordados na aula, demonstrando o quando são interpeladas e não respondem, como se não ouvissem (Stroh, 2010).

Silva (2009, p. 91), afirma que é característica da PHDA o hiperfoco, que é a capacidade de se concentrar em algo e permanecer horas hiperconcentrado em determinada atividade; por esse motivo parece mais adequado usar o termo instabilidade de atenção ao invés de déficit de atenção.

O DSM-5 descreve a PHDA como um conjunto de sintomas que se manifestam por meio de um padrão persistente e frequente ao longo do tempo. Esses sintomas dizem respeito ao excesso de agitação, inquietação, falta de autocontrole, falar em demasia, interromper os outros, responder antes de ouvir a pergunta inteira, incapacidade para protelar respostas, como também distrair-se com facilidade, não prestar atenção a detalhes, dificuldade para memorizar compromissos, organizar e realizar tarefas, perder objetos, entre outros (APA, 2014).

O DSM-5 é o manual mais utilizado por profissionais de saúde mental, uma vez que a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, OMS, 2014) é um padrão internacional de classificação de diagnóstico para uma ampla variedade de estados de saúde, ou seja, o DSM-5 é mais específico para a saúde mental, e a CID-10, para a saúde geral. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é considerada uma classificação complementar da Organização Mundial de Saúde (OMS) para indicar a funcionalidade e incapacidade associada aos estados de saúde classificados na CID-10 (APA, 2014).

O DSM-5 refere que, embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção como de hiperatividade/impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses. Assim, este manual destaca os três subtipos de PHDA, indicando entre parênteses

retos o respetivo código na CID-10: Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8]; Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo [F90.0]; Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto [F90.0], sendo que, neste último, tanto sintomas de desatenção como sintomas de hiperatividade/impulsividade estavam presentes, de maneira significativa, nos últimos seis meses (APA, 2014).

Gonçalves, Rosa Pureza. & Prando (2011), referem que no subtipo misto, a hiperatividade manifesta-se não só como inquietação motora, mas também como inquietação intelectual e verbal. A impulsividade é evidenciada por respostas aceleradas, dificuldade de autocontrolo e de autorregulação, de seguir ordens sequenciais e de antecipar as consequências de seus atos. Juntamente com isso, a pessoa distrai-se com facilidade diante do menor estímulo, interrompendo continuamente as suas atividades (Couto, Melo-Junior & Gomes 2010).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) da American Psychiatric Association (APA, 2014) divide a PHDA em três subtipos:

- O tipo “combinado” é o mais comum (aproximadamente 65% ou mais dos casos clínicos) e grave, e envolve todas as características observadas nos 18 critérios do DSM-IV. É também o mais extensivamente estudado dos “tipos” da PHDA, com milhares de estudos científicos sobre este grupo publicados nos últimos 100 anos (Barkley & Benton, 2010, p. 39);
- O tipo “predominantemente hiperativo” foi reconhecido em 1994. As crianças com esse tipo de PHDA não têm problemas suficientes com a desatenção para serem diagnosticadas com o tipo combinado. Aparece principalmente na qualidade de dificuldades com o comportamento impulsivo e hiperativo. Atualmente, acredita-se que, na maioria dos casos, ele representa simplesmente um estágio de desenvolvimento inicial do tipo combinado. Até 90% destas crianças vão desenvolver problemas com a atenção e a distratibilidade para serem diagnosticadas com o tipo combinado dentro de 3 a 5 anos. Os casos remanescentes parecem representar principalmente uma variante mais branda do tipo combinado (Barkley & Benton, 2010, p. 39);

Como aponta Barkley e Benton (2010) os indivíduos que exibem principalmente problemas de atenção, mas não níveis de atividade excessivos ou controle deficiente dos impulsos são considerados como sendo portadores do tipo “predominantemente desatento” da PHDA. Reconhecido em torno de 1980, este subtipo inclui cerca de 30%

ou mais dos casos clinicamente encaminhados. Muitos destes casos são apenas formas mais brandas do tipo combinado.

Como se referem Barkley & Benton (2010), a PHDA parece ser uma combinação de baixa inibição; acha difícil tolerar; esperar; é impaciente; toma decisões impulsivamente; faz comentários sem pensar; tem dificuldade para parar atividades ou reprimir comportamento quando deve fazê-lo e baixo autocontrole; parece não conseguir esperar uma compensação ou adiar fazer coisas que são vantajosas agora para trabalhar visando um objetivo posterior, tem tendência a fazer as coisas sem considerar as consequências de fazê-las, tem tendência a fugir do trabalho prematuramente, se ele é entediante, ou a fazer algo mais divertido e dá início a um projeto ou tarefa sem ler ou ouvir com atenção as instruções.

– Problemas com as funções executivas: tem pouca noção de tempo; esquece de fazer as coisas que deveria; é incapaz de entender o que lê tão bem quanto é capaz; tem de reler as coisas para captar seu significado; fica facilmente frustrado (Barkley & Benton, 2010, p. 45-46).

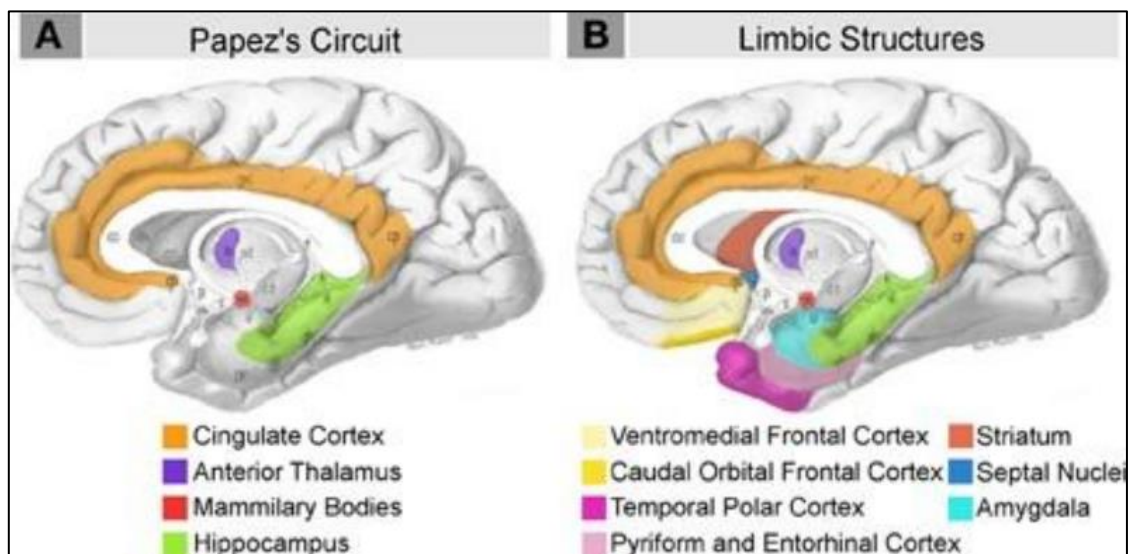
A PHDA é caracterizada por sintomas distintos que podem se manifestar juntos ou isoladamente na primeira infância. De acordo com a CID-10 as principais características da PHDA são: a falta de persistência em atividades que envolvam cognitivo (o processo de aquisição de conhecimento), tendência a mudar de uma atividade para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva, desorganizada e mal controlada, apresentam-se impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente.

### **1.1 Aspectos neurobiológicos e emocionais na PHDA**

Para compreender como surgem as emoções e como elas podem modular processos cognitivos, primeiramente é importante entender os mecanismos neurais subjacentes das emoções, um dos primeiros modelos proposto para explicar as bases neurofisiológicas é o circuito de Papez, existe um grupo de estruturas cerebrais que interagem entre si para produzir a resposta emocional, este circuito inclui, o hipotálamo, o tálamo anterior, o giro do cíngulo e o hipocampo (Barreto & Silva 2010).

Posteriormente com avanços dos estudos do cérebro Paul Maclean incluiu a descrição estrutural do lobo límbico de Broca, além de outras áreas como a amígdala, o córtex-orbitofrontal e porções do núcleo da base, esta extensão do circuito de Papez foi chamada Sistema Límbico (Barger *et alli.*, 2014). A figura 1 abaixo demonstra o Circuito de Papez e O Sistema Límbico de Paul Maclean.

**Figura 1** – (A) Circuito de Papez; (B) O Sistema Límbico de Paul Maclean.



Fonte: Barger *et alli.*, 2014.

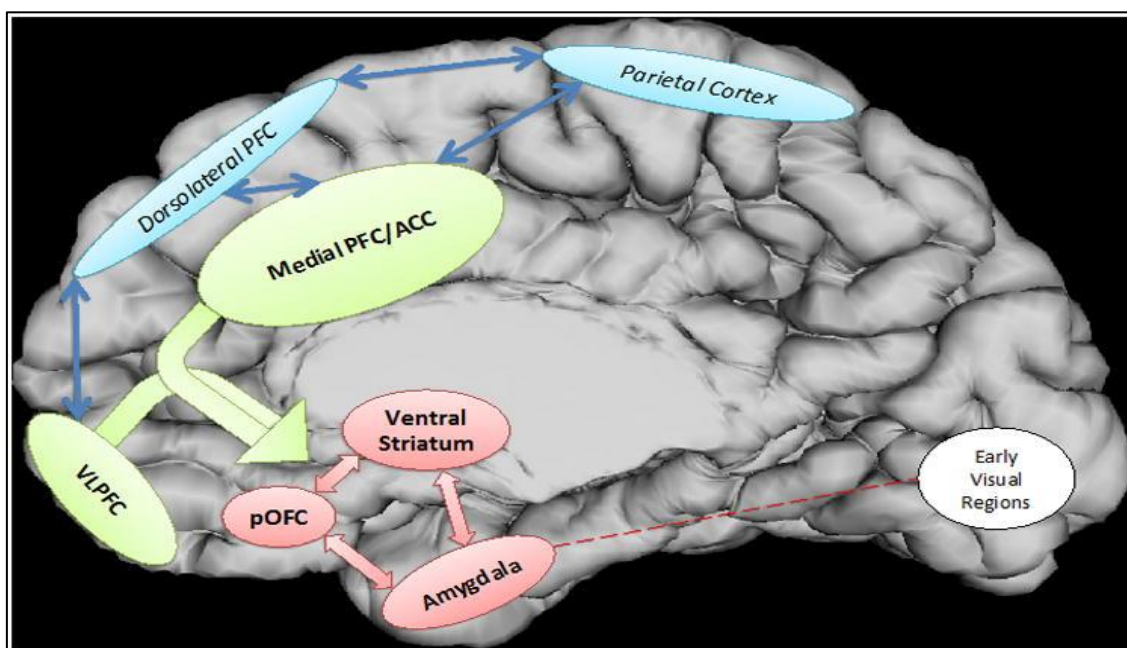
Na exploração do controle neural das emoções, diferentes sistemas são empregados. A concepção moderna do sistema límbico, como rede interconectada de estruturas, controla a expressão emocional. As estruturas principais incluem o córtex cíngulo, a formação hipocampal (formada pelo hipocampo e córtex para-hipocampal adjacente), a amígdala, com suas conexões extensas com o hipotálamo e o córtex, o corpo mamilar do hipotálamo e o córtex pré-frontal (Ciasca *et alli.*, 2010, p. 82).

Quando os sintomas físicos da emoção aparecem, a ameaça que produzem retorna, via hipotálamo, aos centros límbicos e, destes aos núcleos pré-frontais, aumentando, por mecanismo de *feedback*. A emoção consciente tanto por sinais diretos da amígdala até o córtex frontal, quanto indiretamente por meio do hipotálamo, que envia mensagens hormonais ao corpo para criar mudanças físicas, como contração muscular, elevação da pressão arterial e frequência cardíaca. Essas mudanças são retroalimentadas ao córtex

somatossensorial, que alimenta a informação até o córtex frontal, onde a emoção é interpretada. Sem a retroalimentação, as emoções são indistinguíveis dos pensamentos, toda a expressão emocional exige algum tipo de ação corporal (Ciasca *et alli.*, 2010, p. 84).

Há evidências na PHDA de uma maturação estrutural e funcional alterada das regiões corticais pré-frontais que apoiam a regulação de emoções “de cima para baixo” (Shaw *et alli.*, 2012). As trajetórias de desenvolvimento interrompidas podem ser particularmente pronunciadas entre aqueles que sofrem da PHDA e a regulação da emoção prejudicada, uma ruptura dos tratos da substância branca, como o fascículo uncinado que conecta as regiões límbicas, incluindo a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal (Shaw *et alli.*, 2014).

**Figura 2** – Circuitos neurais.



Fonte Shaw *et alli.*, 2014

A figura 2 exibe circuitos neurais implicados na desregulação emocional na PHDA. O circuito que sustenta os déficits na orientação inicial para estímulos emocionais e sua percepção é mostrado em vermelho. As regiões que fazem interface entre os circuitos emocionais e cognitivos, alocando atenção aos estímulos emocionais, são mostradas em

verde. Os circuitos envolvidos no controle cognitivo, planejamento motor e atenção são mostrados em azul. (OFC = córtex orbitofrontal; VLPFC = córtex pré-frontal ventrolateral; ACC = córtex cingulado anterior; PFC = córtex pré-frontal). (Shaw et alli., 2014).

Segundo Shaw *et alli.* (2014) a desregulação emocional na PHDA implica disfunção na amígdala, estriado ventral e córtex orbitofrontal, o que poderia ser considerado o contribuinte "de baixo para cima". Regiões na interface de cognição e emoção (córtex pré-frontal medial e ventrolateral) podem sustentar a alocação anormal de atenção aos estímulos emocionais e, portanto, podem ser consideradas como o principal contribuidor "de cima para baixo" para a desregulação emocional na PHDA conforme (figura 2) O equilíbrio exato dos sintomas decorrentes da PHDA e da desregulação emocional em um indivíduo pode depender do grau em que cada rede ou nível neural está comprometido. Prevemos que a disfunção nonexo cortical entre a cognição e a emoção (córtex pré-frontal medial e ventrolateral) estaria fortemente associada aos sintomas de PHDA e desregulação emocional. Se, no entanto, um indivíduo tem disfunção que está mais focada nas regiões corticais pré-frontais/parietais "superiores" mais laterais, então os sintomas individuais de PHDA, como desatenção, predominariam sobre a desregulação emocional.

Em crianças com PHDA, essa capacidade de ajustar a regulação de cima para baixo em resposta a diferentes estímulos emocionais foi parcialmente perdida, com base em indicadores fisiológicos de regulação (Shaw *et alli.*, 2014). A divisão entre regiões mediando respostas "de baixo para cima" a estímulos emocionais especificamente as regiões corticais da amígdala, estriado ventral e córtex pré-frontal e "de cima para baixo" controlando a alocação de recursos atencionais em contextos emocionais estimulantes (Phillips, Ladouceur & Drevets, 2008).

A desregulação da emoção surge quando esses processos adaptativos (regulação de emoções "de cima para baixo") são prejudicados, levando a comportamentos que anulam os interesses do aluno, como abrangente; expressões emocionais e experiências que são excessivas em relação às normas sociais e inadequadas ao contexto; mudanças rápidas e

mal controladas na emoção (“labilidade”); e a alocação anômala de atenção e a estímulos emocionais (Shaw *et alli.*, 2014).

A ativação da amígdala durante o processamento da emoção recebeu atenção de pesquisa na PHDA. Os estudos atuais encontram hiperativação da amígdala na PHDA, durante a percepção subliminar de expressões de medo e enquanto os sujeitos avaliaram seu medo de faces neutras, embora os resultados sejam mistos (Malisza *et alli.*, 2011). A hiperativação da amígdala também foi relatada na PHDA durante o processamento de recompensas tardias, talvez consistente a lacunas encontrada em alguns estudos comportamentais (Stoy *et alli.*, 2011). Défices no processamento precoce de estímulos emocionais visuais e na modulação do reflexo de sobressalto (resposta involuntária a um forte e inesperado estímulo), também sugerem disfunção da amígdala na PHDA, esses défices funcionais se alinham com os relatos de anormalidades estruturais da amígdala na PHDA, incluindo morfologia da superfície e densidade do receptor de dopamina (Shaw *et alli.*, 2014).

O córtex pré-frontal, que possui interconexões ricas com a amígdala, tálamo e múltiplas regiões corticais, é fundamental na regulação da emoção e nas representações da recompensa (Phillips, Ladouceur & Drevets, 2008). Resultados de pesquisas sugerem anomalias anatômicas no córtex pré-frontal e ativação anormal durante a antecipação e recebimento de recompensas na PHDA. Também há diminuição da conectividade entre a amígdala e o córtex pré-frontal, refletida na perda da correlação típica entre os volumes dessas estruturas (Plessen *et alli.*, 2006).

Para Tomasi e Volkow (2012), estudos de neuroimagem funcional encontram redução da responsividade do corpo estriado ventral na PHDA durante a antecipação (e recebimento) das recompensas, contribuindo para a aversão ao atraso. Examinando a atividade cerebral em repouso, dois grupos relataram na PHDA maior conectividade funcional entre os ventrais córtex pré-frontal estriado e pré-frontal/ventromedial e diminuição da conectividade entre essas regiões e as regiões de controle atencional cortical (Tomasi & Volkow, 2012). Assim, evidências sugerem disfunção em uma rede

que abrange a amígdala, estriado ventral e córtex pré-frontal que processa estímulos emocionais e está implicada na regulação emocional (Costa *et alli.*, 2012).

Em relação às regiões corticais, em indivíduos saudáveis, a adição de uma dimensão emocional às tarefas cognitivas geralmente estimula a ativação cortical pré-frontal “de cima para baixo” (particularmente nas regiões ventrolateral, mediana pré-frontal e cingular anterior) e diminui a atividade subcortical (Phillips, Ladouceur & Drevets, 2008). Esses padrões são parcialmente perdidos na PHDA, especificamente, quando estímulos negativos são adicionados a uma tarefa de memória de trabalho, os défices de desempenho na PHDA estão associados à hipoativação em regiões de “controle” pré-frontais, incluindo os córtices ventrolaterais, orbitofrontais e medianos pré-frontais, no entanto, quando estímulos positivos são utilizados, os indivíduos com PHDA apresentam hiperativação nessas regiões (Passarotti *et alli.*, 2010).

Para Shaw *et alli.* (2014) em resumo, a desregulação emocional na PHDA implica disfunção na amígdala, no estriado ventral e no córtex pré-frontal, o que poderia ser considerado o colaborador “de baixo para cima”. As regiões na interface de cognição e emoção (córtex pré-frontal medial e ventrolateral) podem sustentar a alocação anormal de atenção aos estímulos emocionais e podem, assim, ser consideradas como o principal contribuinte “de cima para baixo” para a desregulação emocional na PHDA (Castellanos & Proal, 2012).

O equilíbrio exato dos sintomas decorrentes da PHDA e da desregulação emocional num indivíduo pode depender do grau em que cada rede neural ou nível está comprometido. Prevemos que a disfunção nonexo cortical entre a cognição e a emoção (córtex pré-frontal medial e ventrolateral) estaria fortemente associada aos sintomas tanto da PHDA quanto da desregulação da emoção (Shaw *et alli.*, 2014).

## **1.2 Amígdala**

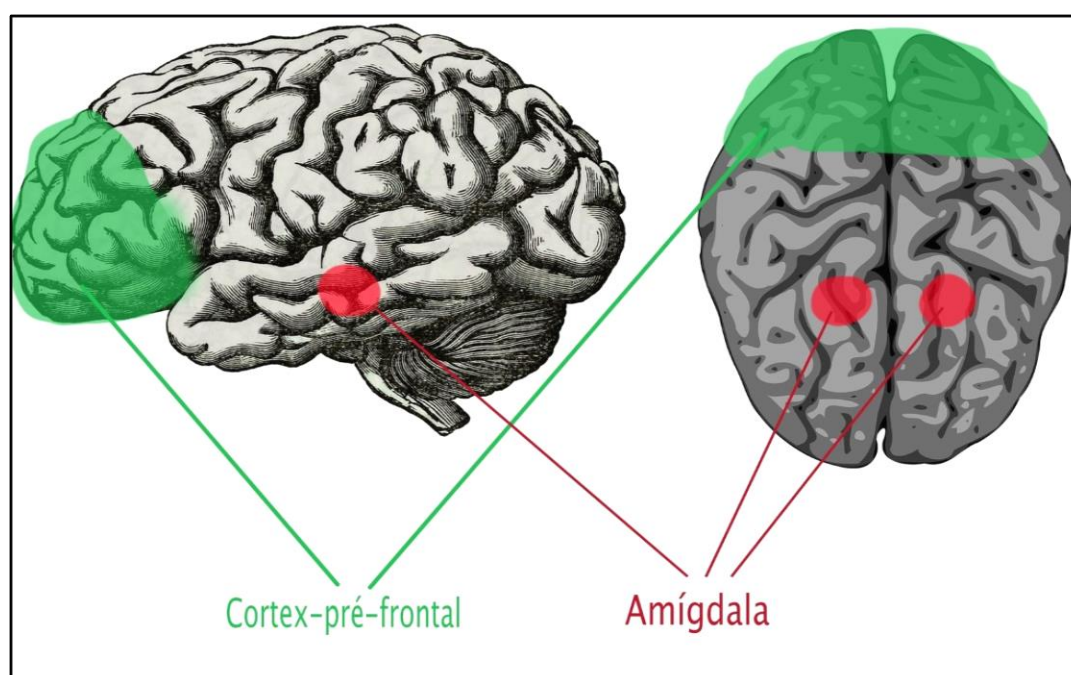
A amígdala é um conjunto de núcleos encontrados nas profundezas do lobo temporal. O termo amígdala vem do latim e se traduz como “amêndoa”, porque um dos

núcleos mais proeminentes da amígdala tem a forma de uma amêndoa. Embora frequentemente nos referimos a ele no singular, existem duas amígdalas – uma em cada hemisfério cerebral.

A amígdala (figura 3) é uma pequena região nas “profundezas do cérebro”, é o *locus* primário do rápido processamento inicial de qualquer estímulo percebido, pensada ou imaginada:

Esse centro de importância crucial, a amígdala (figura 3) se conecta a quase todas as outras regiões do córtex cerebral para facilitar a avaliação emocional instantânea – positiva e negativa – das percepções, pensamentos ou imaginações atuais. Essas avaliações são então rapidamente comunicadas a várias seções do cérebro através da saída da amígdala de uma variedade de substâncias químicas e hormônios dos neurotransmissores que estimulam rapidamente as momentâneas no cérebro e por todo o corpo. (Brown, 2014, p. 12)

**Figura 3** – Amígdala.



Fonte: Disponível em <<https://tracosdoser.com/artigos/tag/am%C3%ADgdala>>. [Acesso em 03/07/2021].

Conforme Brown (2014, p. 34), a amígdala, mostrada no centro do diagrama abaixo, está diretamente ligada a 68 (sessenta e oito) regiões do córtex, incluindo muitas envolvidas no raciocínio e na tomada de decisões, nenhuma outra área do cérebro está tão



## **2 ESCOLA INCLUSIVA**

### **2.1 Inclusão**

A Declaração de Salamanca de 1994, trata dos Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais, discorrendo sobre a inclusão de crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais dentro do sistema regular de ensino. Segundo o documento, o princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças deveriam aprender juntas, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que possam ter (MEC, 1994).

A Declaração de Salamanca (MEC, 1994) expressa a sua opção por uma escola inclusiva, em que as escolas devem se ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras, proclamando ainda que:

As crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro dessas necessidades; as escolas regulares, segundo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, constituindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (MEC, 1994, p. 3).

Em 2015 foi promulgada a lei nº 13.146 de junho de 2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Presidência da República, 2015) que apresenta em seu 2º Artigo:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Presidência da República, 2015).

Ao falar de inclusão escolar, torna-se necessária a definição do termo “Necessidades Educativas Especiais” (MEC, 1994). Assim, o termo se refere a qualquer criança ou jovem cujas necessidades sejam em função de deficiências ou dificuldades de aprendizagem (MEC, 1994). O princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível,

independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que elas possam ter. Escolas inclusivas devem reconhecer e responder às necessidades diversas de seus alunos, acomodando ambos os estilos e ritmos de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade à todos através de um currículo apropriado, arranjos organizacionais, estratégias de ensino, uso de recurso e parceria com as comunidades. Na verdade, deveria existir uma continuidade de serviços e apoio proporcional ao contínuo de necessidades especiais encontradas dentro da escola (MEC, 1994).

Conforme Capellini e Fonseca (2017, p. 113), a efetivação da escola inclusiva ocorre a partir das ações do coletivo que passam por uma reformulação do ambiente escolar como um todo, desde o espaço físico, dinâmica de sala de aula, currículo, formas e critérios de avaliação. Para tanto, é necessário que a equipe escolar cultive em seu cotidiano, a cultura inclusiva, ou seja, práticas fundamentadas na ética, no respeito às diferenças, na solidariedade, no compromisso de professores, pais, diretores, dirigentes, secretários de educação e comunidade com a aprendizagem dos alunos. Educação Especial incorpora os mais do que comprovados princípios de uma forte pedagogia da qual todas as crianças possam se beneficiar. Ela assume que as diferenças humanas são normais e que, em consonância com a aprendizagem de ser adaptada às necessidades da criança, ao invés de se adaptar a criança às assunções pré-concebidas a respeito do ritmo e da natureza do processo de aprendizagem. Uma pedagogia centrada na criança é benéfica a todos os estudantes e, conseqüentemente, à sociedade como um todo (MEC, 1994).

## **2.2 Desempenho escolar do aluno (a) com PHDA**

Conforme Mattos (2015, p. 135-136):

O desempenho acadêmico abaixo do esperado entre as crianças e os adolescentes com PHDA, quando ocorre, deve-se exclusivamente às dificuldades de atenção, além da inquietude que dificulta que elas permaneçam sentadas por muito tempo. Portanto, em condições específicas, essas crianças são capazes de aprender e obter resultados semelhantes aos de outras crianças da mesma faixa etária e escolaridade.

De acordo com Neto (2009, p. 239):

As bases para o mesmo se inicia durante o período pré-escolar, as crianças adquirem habilidades sociais, comportamentais e acadêmicas que lhes permitirão ter desempenho adequado durante a escolarização formal. As crianças pré-escolares aprendem a focalizar a sua atenção em atividades dirigidas pela professora, a interagir apropriadamente com colegas e figuras de autoridade e a seguir regras explícitas e implícitas da sala de aula. Nessa fase, também constroem habilidades emergentes de leitura, escrita, raciocínio matemático e linguagem, fundamentais para o bom desempenho acadêmico ao longo da Vida. Quando as crianças não desenvolvem o domínio sobre essas habilidades cruciais antes de entrarem na escolarização formal, as dificuldades relacionadas ao controle de impulsos, à capacidade atencional e à hiperatividade poderão ser um obstáculo para que possam se beneficiar do aprendizado.

Os alunos com PHDA apresentam ser mais vulneráveis a uma ampla gama de dificuldades durante e após a vida escolar. Há aumento do risco de apresentarem prejuízo acadêmico e social, inclusive na aprendizagem da leitura, escrita e matemática, rejeição social por pares e expectativa reduzida por parte dos autores. Tais problemas não afetam apenas seu senso de autoeficácia, mas também seu futuro emocional, social e ocupacional. Estima-se que cerca de 25 a 35% dos alunos com PHDA tenham problemas de aprendizagem e/ou de linguagem (Pliszka *et alli*, 2007).

É possível imaginar o grande impacto negativo desses sintomas nas diversas áreas da vida da pessoa. A PHDA não é apenas um problema comportamental. O problema não é somente da criança ou dos pais. As crianças com a PHDA têm dificuldades em tarefas que exigem habilidades para resolução de problemas e organização, que acabam determinando o comprometimento do aprendizado. Sendo assim, a PHDA pode ser determinante para uma formação profissional aquém do esperado, para prejuízos permanentes na autoestima e para relacionamentos sociais frágeis e com grande número de frustrações (Barkley & Benton, 2010, p. 248).

Os alunos com PHDA apresentam uma série de dificuldades que afetam a sua qualidade de vida, mesmo com adultos auxiliando a administração de seu cotidiano, as crianças têm prejuízos acadêmicos significativos e dificuldade nos relacionamentos com os colegas e amigos. Nos adultos que administram suas próprias vidas, as queixas mais frequentes são relativas ao âmbito profissional, aos relacionamentos e às comorbidades que atrapalham seu desempenho como um todo. Decisões ligadas à aceitação da PHDA e do seu tratamento podem causar impacto e modificar a qualidade de vida da criança, de sua família e de seus pares (Rohde & Mattos 2003).

O trabalho envolvendo alunos com PHDA é árduo e requer não só capacitação intensiva de profissionais atuantes, mas principalmente a interação dos mesmos com a família e a escola. Na fase pré-escolar e escolar isso se torna mais aparente, afinal a criança necessita não só de bom desempenho social, mas também acadêmico (Tabaquim, 2015).

Menciona Mattos (2008), que estes alunos sofrem de uma incapacidade em seguir instruções e aderir a regras, pois constantemente apresentam dificuldade na persistência e manutenção da atenção. Essas crianças, muitas vezes são rotuladas, o que faz com que sintam inferiores e frustradas perante os colegas. Tudo isso, aliado ao baixo desempenho escolar (apesar da inteligência normal), aos repetidos fracassos e a rejeição dos colegas, confere a essa criança uma baixa autoestima e a condição de isolamento e solidão.

Pereira (2015) afirma que as crianças com hiperatividade revelam maiores dificuldades em manter a atenção nas tarefas escolares. A falta de atenção conduz à distração, ao “sonhar acordado” e à dificuldade de persistir numa única tarefa durante um período de tempo mais longo, como vimos anteriormente. A atenção destas crianças é desviada para outros estímulos e, por isso, é frequente os professores e pais utilizarem os seguintes termos quando se referem às mesmas: “está na lua”; “não acaba os trabalhos”; “não se concentra”; “muda rapidamente de uma tarefa para a outra”; “distrai-se facilmente”; “parece não ouvir”.

É durante o ensino infantil que a criança começa a aprender a inibir um comportamento frente a um comando, ater-se por maior tempo atividades, persistir em brincadeiras e resistir às frustrações, tornando-se mais autocontrolada; crianças com PHDA têm esse desenvolvimento afetado e há prejuízo em várias áreas, tais como comportamento exploratório, contato social, autocontrole, cognição, expressão de sentimentos, estabelecimentos de vínculos e interação positiva entre pares (Tabaquim, 2015).

### **2.3 Alunos com PHDA e escola inclusiva**

Em um estudo conduzido no Brasil, foram entrevistados 21 indivíduos com PHDA que estavam nos anos finais de escolarização ou já haviam saído da escola. Os resultados

demonstraram que os participantes relataram que não só os pares, mas também os professores os tratavam de forma inadequada. Diante de alto número de reprovações, expulsões e transferências compulsórias, bem como problemas de aprendizagem e de comportamento, é possível que o longo período no convívio escolar, vivido com sofrimento, tenha influenciado negativamente na construção da identidade (Rangel & Loos, 2011).

O aluno com PHDA apresenta desempenho ineficiente; mudanças de emprego frequentes; faltas; atrasos, erros excessivos; e dificuldades para corresponder às demandas das atividades. Além disto, é comum o relato de: desorganização; esquecimento; fala impulsiva; problemas com autoridade; distração; lentidão; e dificuldade para iniciar ou priorizar tarefas (Brod *et alli.*, 2012).

Independentemente da faixa etária, a PHDA ocasiona problemas em diferentes domínios do desenvolvimento: social, escolar/acadêmico, profissional e intrapessoal, de forma geral, o indivíduo com PHDA pode apresentar desempenho abaixo do esperado, alcançar escolaridade menor, e apresentar maior probabilidade de desemprego, insucesso profissional, e problemas de relacionamento interpessoal (Ciasca *et alli.*, 2015, p. 391).

Os alunos com PHDA apresentam maior dificuldade para aprendizagem e problemas de desempenho em testes e funcionamento cognitivo em relação aos seus colegas, principalmente por dificuldades nas suas habilidades organizacionais, capacidades de linguagem expressiva e/ou controle motor fino ou grosso. O funcionamento intelectual dessas crianças não difere das outras, o transtorno parece não afetar as capacidades cognitivas gerais, a PHDA não está relacionado à falta de capacidade, mas a um déficit de desempenho. A maioria das crianças portadora desse transtorno tem desempenho escolar abaixo do esperado devido à realização incoerente de tarefas, desatenção e problemas de procedimentos em sala de aula, fazendo que constantemente percam mérito por participação e comportamento (Ghigiarelli, 2016).

A prevalência do déficit de atenção e hiperatividade está entre 3% e 5% em crianças em idade escolar e costuma ser mais comum em meninos do que em meninas. É

considerada uma das patologias psiquiátricas mais frequentes nesse grupo etário. (Brites, 2019).

De acordo com Paulo Mattos (2007), os alunos com PHDA podem ser rotuladas como mal-educadas, desinteressadas, com problemas familiares, ou até mesmo com dificuldades de enxergar e ouvir, ou problemas de aprendizagem que dificultam seu desempenho acadêmico, ao invés de serem encaminhadas para profissionais da área de saúde para terem um diagnóstico mais adequado. Sabe-se, no entanto, que não podemos dizer que tais crianças não são capazes de aprender, e que, em geral, têm níveis normais ou elevados de inteligência.

Para Mattos *et alli.* (2006) PHDA é um fator de risco para o baixo desempenho acadêmico e para os altos índices de abandono escolar, pois essas crianças além de terem maiores chances de serem repreendidas e castigadas podem ter outros problemas associados, que vão dificultar na leitura, na escrita, na comunicação e no relacionamento com os outros, no mau rendimento escolar, além de criar dificuldades nos relacionamentos. Por outro lado, tais dificuldades vão contribuir muito para a sensação de mal-estar e, no ambiente escolar, essas crianças começam a se sentir excluídas e desenvolvem sentimentos de inferioridade por comparar-se aos outros colegas, o que gera desejo intenso de abandono escolar. (Purper-Ouakil & Franc, 2011).

### **3 LABILIDADE EMOCIONAL**

Para Marques (2017) a labilidade emocional traz oscilações emocionais constantes à pessoa no aspeto pessoal e académico, algumas limitações importantes à sua qualidade de vida. Ainda o mesmo autor refere que a labilidade emocional faz com que o indivíduo mude constantemente de humor, passando da euforia máxima a melancolia profunda em poucos minutos. A pessoa que sofre com labilidade emocional não consegue controlar estas alterações, que podem acontecer a qualquer hora e em qualquer lugar.

De acordo com a autora Ciasca *et alli* (2010) compreende-se desde as primeiras reações da criança ao nascimento se observa a presença marcante das emoções, que se

crece a à medida que ela desenvolve. No começo são emoções novas e diferentes entre si, intimamente relacionadas com o sentir sensorial de caráter vital, necessária para a conservação imediata da vida, depois, o motivo pelo qual o comportamento ocorre de determinada maneira é influenciado por sentimentos subjetivos em relação as coisas, aos acontecimentos e às pessoas, os fatores corticais cognitivos, perceptuais e atencionais são funções participantes das experiências relacionadas com a emoção.

O aluno que apresenta labilidade emocional sofre um intenso desgaste, não apenas com as alterações bruscas de humor, mas também com a intensidade das emoções, velocidade com que elas se manifestam e, ainda, por frequentemente estarem associadas à falta de controle da expressão de suas emoções, caracterizando alguém que se sente à flor da pele e costuma ser visto como dramático, imprevisível e explosivo (Hammoud, 2017).

Brown (2007) explora e detalha que os problemas com as emoções parecem estar incluídos em dois tipos intimamente ligados:

- (i) baixo limiar para frustração; e
- (ii) dificuldade crónica na regulação da expressão e da experiência emocional subjetiva.

Ainda o mesmo autor Brown (2007) refere que frequentemente as crianças oscilam, dependendo do momento e da situação, nos níveis de tolerância à frustração, porém a reação é proporcional. As crianças com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e labilidade emocional apresentam a sensação de uma emoção como a raiva, por exemplo; inundando a sua mente, apoderando-se de todos os espaços disponíveis. Essa intensidade esmagadora de emoção pode fazer com que a pessoa perca a perspectiva e fique por alguns instantes, ou até mais tempo, tão preocupada com aquele determinado sentimento que outros pensamentos relevantes são substituídos, ignorados ou negligenciados.

A rápida manifestação da emoção pode ter grande influência nos pensamentos e nas ações, fazendo com que a pessoa fale ou aja sem muita consideração a outros sentimentos, ideias ou informações que podem também ser importantes. Com a frequência faz com que reação às menores frustrações seja com acessos intensos de fúria, incluindo palavras ríspidas ou ações desagradáveis (Ciasca *et alli.*, 2010, p. 13).

A prevalência da labilidade emocional em crianças com PHDA (55% dos casos) foi examinada em vários estudos clínicos e são recomendadas intervenções que fortaleçam a autorregulação emocional e o controle comportamental (Wyman *et alli.*, 2009).

A desregulação emocional é uma característica chave da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção especialmente em crianças. Apesar de não estarem classificados entre os principais sintomas na PHDA em versões mais recentes do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (APA, 2014), os desvios de afeto foram previamente considerados como um sintoma clínico primário (Lopes, Nascimento & Bandeira (2005).

### **3.1 Sintomas da labilidade emocional na PHDA**

A labilidade emocional (LE), ou mudanças repentinas fortes no humor, comumente ocorrem em indivíduos com PHDA. Embora esses sintomas sejam prejudiciais e perturbadores, relativamente poucas pesquisas abordaram seu tratamento, provavelmente devido à dificuldade de avaliação confiável e válida. Sinais promissores para a melhoria dos sintomas têm vindo de estudos recentes usando fármacos em adultos, crianças e adolescentes (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

As crianças com altos níveis de LE apresentam baixo nível de tolerância, frustram-se facilmente, apresentam altos níveis de irritabilidade e demonstram frequentes choros ou ataques de raiva. A labilidade emocional também pode estar associada à expressão de emoções positivas, como exuberância, excitabilidade e energia, que são desproporcionais à circunstância provocadora, e podem ser desagradáveis para os pares (Sobanski *et alli.*, 2010).

A labilidade emocional pode atingir níveis elevados em sua manifestação até a explosão afetiva. Diante disso, é possível encontrar depoimentos de surtos afetivos em diferentes ocasiões como: grandes alterações de humor no ambiente acadêmico e na vida pessoal; incapacidade para controlar as próprias emoções e sentimentos; abalos emocionais frequentes e em poucos minutos, levando a pessoa da tristeza à alegria, e vice-versa;

explosões e mau humor; levando a pessoa a ser mais agressiva e irritada; crises de choro aparentando e fragilidade emocional; variação entre amor e ódio em um curto espaço de tempo; comportamentos impulsivos; comportamento autodestrutivo ou automutilação; sentimento de vazio e tédio (Marques, 2017).

### **3.2 Uma nova entidade nosológica?**

Embora a desregulação emocional não faça parte dos critérios de diagnóstico atuais da PHDA, evidências crescentes de estudos clínicos, de neuroimagem e genéticos sugerem que a LE deve ser considerado como um componente fundamental da PHDA (Retz *et alli.*, 2012), pelo menos em um subgrupo, pois contribui para o ônus da PHDA, em termos de comprometimento do funcionamento social e ocupacional (Barkley & Murphy, 2010).

A desregulação da emoção também não é sinônimo de nenhum distúrbio do DSM-5. Por exemplo, dos três grupos de sintomas na Perturbação Desafiante Opositivo – humor raivoso/ irritável, comportamento desafiador e vingativo – somente o primeiro reflete plausivelmente emoções desreguladas (Stringaris & Goodman, 2009). Em sua forma extrema, a desregulação da emoção surge provavelmente como um importante fator etiológico por trás das frequentes e severas explosões de temperamento e irritabilidade do novo diagnóstico do DSM-5 – Perturbação Disruptiva da Desregulação do Humor. No entanto, a desregulação da emoção é uma entidade dimensional, não um diagnóstico categórico, e aqui consideramos o espectro completo da desregulação da emoção dentro da PHDA, e não apenas os extremos. Assim, incluímos indivíduos com desregulação da emoção que não preenchem critérios para qualquer diagnóstico de DSM além da PHDA (Shaw *et alli.*, 2014).

### **3.3 A labilidade emocional e comorbilidades**

Comorbilidade é a coocorrência (combinação) de dois ou mais perturbações mentais na mesma pessoa. Geralmente, não é o fato da comorbilidade em si que é importante, mas sua frequência e seu impacto. O conceito de comorbilidade com só se

torna relevante quando crianças com uma perturbação têm um risco maior de desenvolver outro, ou se a coocorrência altera significativamente o prognóstico, o curso ou a resposta ao tratamento de um ou de ambas perturbações (Brown, 2007).

Neste capítulo enfatizamos algumas das comorbilidades que apresentam labilidade emocional.

### **3.3.1 Perturbação Desafiante de Oposição e Perturbação da Conduta vs PHDA.**

Em conformidade com o autor Neto (2009), a Perturbação Desafiante de Oposição e a Perturbação da Conduta ocorrem simultaneamente em 30% a 50% dos casos em estudos epidemiológicos e amostras clínicas. A Perturbação Desafiante de Oposição é caracterizada por um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador, enquanto a perturbação da conduta gera um padrão de comportamento disruptivo mais grave, incluindo agressões, destruição de propriedade, mentiras, roubos e ausência nas aulas. O início típico dessas perturbações é na fase pré-puberal, quando a criança esta no período entre o final do terceiro ano de idade até o início da puberdade, quanto mais precoce é diagnosticado, melhor é para a criança, pois pode-se evitar cronicidade, prejuízos sociais e delinquência.

É importante ressaltar que existem evidencias de que a PHDA e a Perturbação da Conduta representam diagnósticos relacionados, porém independentes. Em estudos longitudinais, a agressividade infantil, com ou sem a presença da PHDA, é associada à delinquência e ao comportamento antissocial na adolescência, porém a PHDA isolada não apresenta a mesma correlação (Neto, 2009).

Muitos estudos sugerem, no entanto, que a perturbação da conduta é mais grave e persistente quando associada a PHDA (Nutt *et alli.*, 2007).

### **3.3.2 Perturbação Bipolar vs PHDA**

A Perturbação Bipolar é caracterizada por episódios hipomaniacos ou maníacos. O humor é persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com grandiosidade ou aumento da autoestima, redução na necessidade de sono, pressão por falar, distraibilidade, fuga de ideias, aumento de atividades dirigidas a um objeto e envolvimento excessivo em atividades prazerosas, incluindo a erotização (Neto,2009, p. 162).

A mania juvenil é frequentemente associada a episódios mistos, que se caracterizam por um período de tempo de, no mínimo, uma semana, durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior, quase todos os dias (Spencer, Biederman & Mick, 2010).

As oscilações de humor próprias da PHDA, apesar de frequentes, em geral são menos intensas do que as encontradas no espectro bipolar, ao contrário dos sintomas de desatenção, que na bipolaridade são menos intensos do que na PHDA e tendem a oscilar com o humor. Já os sintomas de hiperatividade e impulsividade costumam diminuir significativamente de intensidade ao longo da vida nos portadores de PHDA (embora os sintomas de desatenção tendam a ficar mais proeminentes), enquanto no espectro bipolar tais sintomas permanecem estáveis ou pioram com o tempo (Neto, 2009, p. 188).

### **3.3.3 Perturbação da ansiedade vs PHDA**

Conforme Neto (2009, p. 164) argumenta, “(...) que as crianças com associação entre PHDA e perturbação de ansiedade são descritas como preocupadas com o futuro e com a sua competência, necessitando constantemente de reassseguramento.” Além disso, apresentam mais sintomas depressivos, maiores problemas atencionais e menor habilidade social quando comparadas ao grupo com apenas PHDA e ao grupo somente com perturbação de ansiedade, o que contribui para maior prejuízo social e acadêmico (Bowen *et alli.*, 2008).

### **3.3.4 Perturbação do Humor (Distímico e Depressivo Maior) vs PHDA**

Neto (2009) relata que a PHDA e perturbação do humor (perturbação distímico e depressivo maior) é apresentado uma discreta instabilidade de humor e podem ser reativas e irritáveis às vezes, mas não apresentam humor deprimido na ausência de uma

perturbação depressivo. Pelo contrário, geralmente mantêm um estado razoável de humor, a despeito da rejeição crônica e das dificuldades de relacionamento.

A perturbação depressiva maior manifesta-se em crianças como um humor deprimido ou irritável ou uma persistente perda de interesse ou prazer nas atividades. Ocorrem sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldade de concentração ou indecisão, diminuição na capacidade de pensar e pensamentos de morte (Scheffer, 2007).

Afirma Neto (2009, p. 165) outros sinais e sintomas são alterações somáticas, como mudanças no apetite e no peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; e diminuição da energia. Nas crianças, algumas características podem estar associadas, como dificuldade escolar ou recusa a ir à escola e agressividade.

### ***3.3.5 Perturbação de Desregulação do Humor vs PHDA***

A Perturbação de Desregulação do Humor é caracterizada por irritabilidade pervasiva e por intolerância a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspetos essenciais. A maioria das crianças e dos adolescentes com a perturbação, no entanto, tem sintomas que também preenchem critérios para PHDA, que deve ser diagnosticado em separado (APA, 2014).

Estas reações emocionais (labilidade emocional) tanto para as emoções positivas como para as negativas, são tipicamente breves, durando na ordem de minutos a horas, em vez de dias a semanas, e assim, diferem da labilidade emocional associada a perturbações do espectro bipolar caracterizadas por episódios prolongados (por exemplo, dias-semanas) de estados emocionais baixos (irritável, agressivo e impulsivo) ou altos (calmo, passivo e desatento). A labilidade emocional na PHDA pode, no entanto, sobrepor-se com a disrupção do humor perturbador ou “desregulação grave do humor”, ambos caracterizados por surtos de temperamento crônicos (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

A desregulação da emoção é um traço dimensional que não é exclusivo da PHDA; em vez disso, reduz a divisão tradicional entre diagnósticos internalizados e externalizados. Comportamento internalizados se caracterizam como distúrbios que afetam principalmente própria criança, a saber, ansiedade, depressão e sentimento de inferioridade, enquanto o comportamento externalizados

envolvem características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade, favorecendo os conflitos com o ambiente (Neto, 2009, p. 266).

Para explicar em parte sua alta correlação, um estudo que constatou 105 crianças irritadiças, emocionalmente desreguladas com PHDA contra 395 crianças com PHDA não irritáveis, encontrou taxas aumentadas não apenas de Perturbação Desafiadora Opositiva, mas também Depressão e Distímia (Ambrosini, Bernnett & Josephine, 2012).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 1 PROBLEMÁTICA

A presente pesquisa visa contribuir para clarificar lacunas existentes face à problemática dos possíveis traços característicos da labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção na escola inclusiva.

Os estudos recentes demonstram que ainda é relativamente escassa a quantidade de pesquisas acerca da labilidade emocional na PHDA na escola inclusiva, mesmo assim, as evidências expostas pelos autores supracitados mostram que a labilidade emocional é um traço característico realmente marcante e significativo da PHDA em todas as fases da vida e afeta de forma marcante seus portadores podendo resultar em prejuízos significativos na sua vida.

Os sintomas emocionais podem, em alguns casos, ser responsáveis por uma grande parte do impacto negativo que o distúrbio ocasiona sobre o funcionamento social e escolar. Problemas emocionais têm sido descritos na PHDA mesmo na ausência de condições comórbidas como perturbações depressivas ou de ansiedade, podendo manifestar-se agudamente sob a forma de birras severas e comportamento agressivo, geralmente em reação a um gatilho ambiental, ou mostrar um curso mais crônico de humor irritável ou lábil (Purper-Ouakil & Franc., 2011).

As crianças com altos níveis de labilidade emocional apresentam baixo nível de tolerância à frustração, apresentam altos níveis de irritabilidade e demonstram frequentes choros ou ataques de raiva. A labilidade emocional também pode estar associada à expressão de emoções positivas, como exuberância, excitabilidade e energia, que são desproporcionais à circunstância provocadora, e podem ser desagradáveis para os pares (Sobanski *et alli.*, 2010).

Reimherr *et alli.* (2015) observaram que os sintomas de hiperatividade, impulsividade e desregulação emocional eram quase sempre comórbidos à falta de atenção.

Conforme defendido por Neto (2009) existe a importância de esclarecimento dos possíveis sintomas (características) da PHDA e LE apresentado pelos alunos no contexto escolar, clarificar os fatores que influenciam o desempenho na escola, os alunos com PHDA apresentam ser mais vulneráveis a uma ampla gama de dificuldades durante e após a vida escolar. Existe a probabilidade de aumento do risco de apresentarem prejuízo acadêmico e social, estima-se que cerca de 25 a 35% das crianças/alunos com PHDA tenham problemas de aprendizagem.

Assim, chegamos ao problema a ser analisado neste estudo:

– Quais os traços característicos da labilidade emocional nos alunos com Perturbação de Hiperatividade de Déficit de Atenção (PHDA) e como isso afeta a sua inclusão escolar?

Os sintomas da LE ocorrem com mais frequência e são mais graves em alunos com PHDA em comparação com alunos em um nível de desenvolvimento similar, sem PHDA, que é caracterizada por mudanças súbitas de emoções e comportamento e de intensidade inapropriadamente alta. A relação da gravidade dos sintomas tem importantes implicações, causando impacto significativo na vida do aluno. Acreditamos que o resultado da presente pesquisa consiga preencher lacunas existentes do tema em epígrafe. Assim, a partir da problemática central, colocamos as seguintes questões de investigação:

– Os possíveis sintomas da labilidade emocional são decorrentes das disfunções da perturbação, comórbidos ou uma nova entidade nosológica?

– Quais os fatores que influenciam as variáveis da labilidade emocional para a inclusão escolar do aluno com PHDA?

O objetivo geral do presente estudo é identificar os traços mais característicos da labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Déficit de Atenção na Escola Inclusiva. Pretende-se esclarecer os possíveis sintomas da labilidade emocional, como

mudanças súbitas e intensas nas reações emocionais frente a situações frustrantes, dificuldade de autorregulação emocional, ataques de raiva, agressividade física e verbal, baixo nível de tolerância à frustração (irritabilidade), impulsividade, descontrole de resposta, disforia (ansiedade/inquietude) e euforia (humor exaltado/alegria exagerada). Há importância no esclarecimento dos possíveis sintomas da LE na PHDA de forma que o comportamento apresentado pelo aluno com PHDA não seja confundido com falta de limite e/ou “birra” (Sobanski *et alli.*, 2010).

Pretende-se ainda com este estudo:

1. Analisar a prevalência da labilidade emocional, independentemente de outras possíveis comorbilidades;
2. Analisar aspectos neurobiológicos e emocionais;
3. Analisar o desempenho escolar e problemas comportamentais dos alunos com PHDA na escola inclusiva;
4. Analisar e descrever a frequência com que os alunos apresentam a LE na PHDA.

## **2 METODOLOGIA**

A pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas (Richardson, 2017). Este método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, os quais propõem descobrir as características de um fenômeno. Nesse tipo de pesquisa, identificam-se primeiramente as variáveis específicas que possam ser importantes, para posteriormente explicar as complexas características de um problema (Richardson, 1999). Para tanto, o pesquisador utiliza-se de “alegações pós-positivistas para o desenvolvimento de conhecimento” (Creswell, 2007, p. 35). A objetividade, obtenção de dados mensuráveis e técnicas estatísticas de análise permitem a generalização dos resultados para toda a população em estudo (Marconi & Lakatos, 2017).

## 2.1 Participantes

Foram selecionados os diferentes participantes que lidam diretamente com alunos (as) diagnosticados com PHDA:

– profissionais da equipa pedagógica, Diretor Pedagógico, Coordenador Pedagógico, Pedagogo de Educação Especial, Professores da educação infantil, ensino fundamental I e ensino fundamental II e ensino médio;

– profissionais da equipa Multidisciplinar, Terapeuta ocupacional, Terapeuta da fala, Psicólogo, Psicopedagogo; e

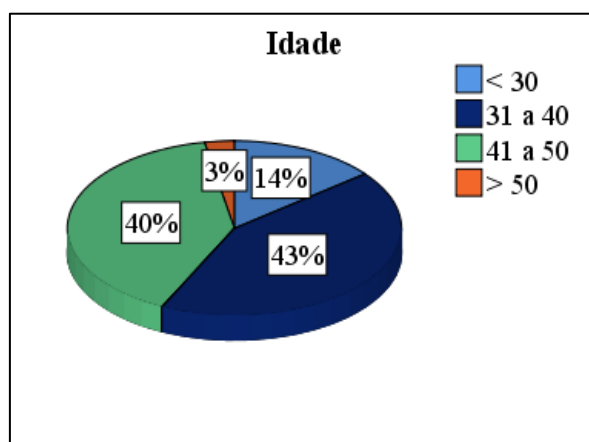
– pais e/ou responsáveis legais.

A recolha dos dados foi realizada por amostra de conveniência mediante instrumento questionário.

No gráfico 1, abaixo constatamos a idade dos participantes que apresentam a idade entre 31 a 40 anos (n= 35)

**Tabela 1** – Idade dos participantes.

Idade	n	%
< 30	5	14
31 a 40	15	43
41 a 50	14	40
> 50	1	3
Total	35	100

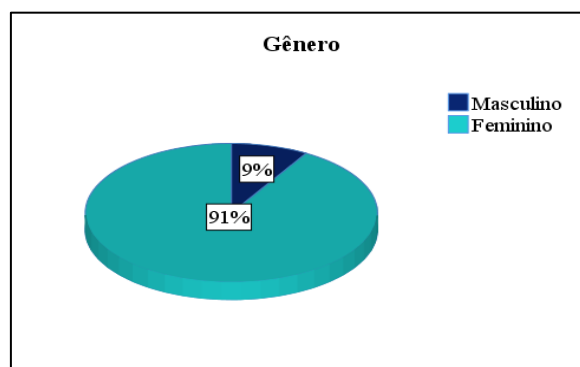


**Gráfico 1** – Idade dos participantes.

No gráfico 2, os participantes são a maioria do sexo feminino 91% (n=32) e 9% (n=3) é do sexo masculino.

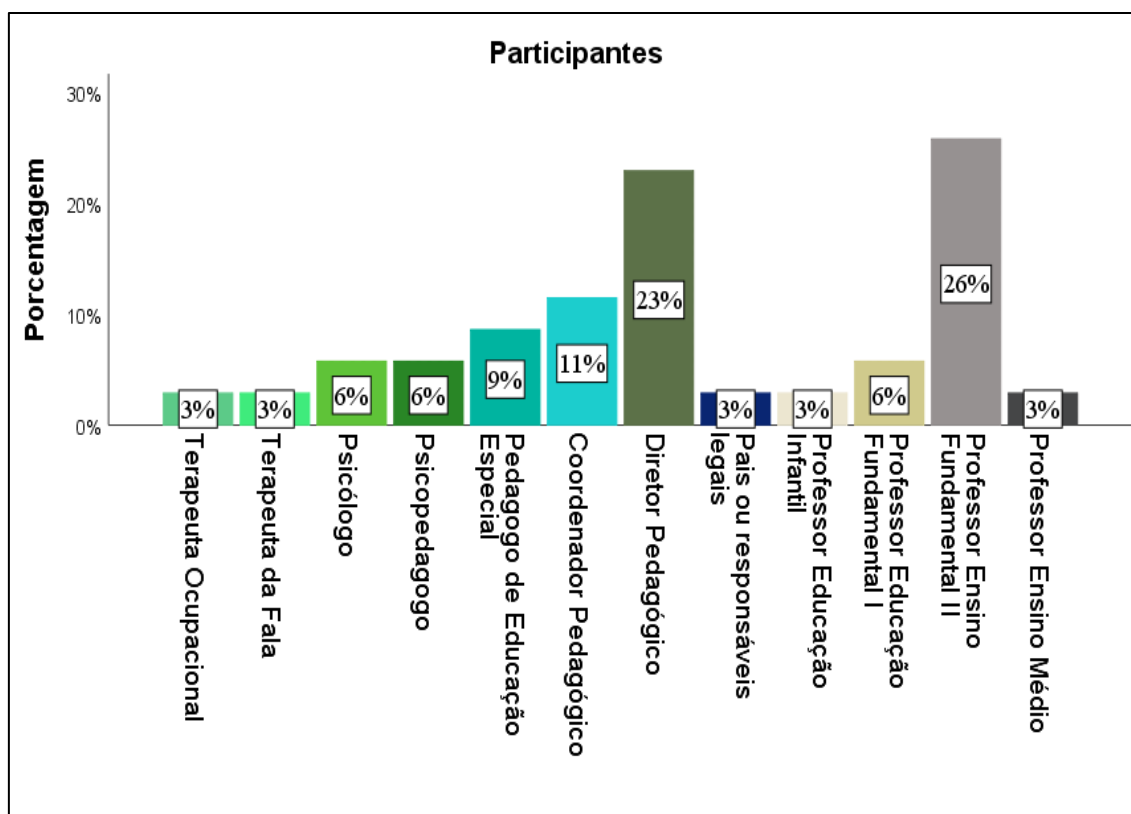
**Tabela 2** – Sexo dos participantes.

Sexo		
Sexo	n	%
Masculino	3	9
Feminino	32	91
Total	35	100



**Gráfico 2** – Sexo dos participantes.

No gráfico 3 representa os dados dos participantes relativamente a profissão: (n=35).



**Gráfico 3** – Profissão dos participantes.

De acordo com o gráfico 3, percebe-se que a maioria 81% (n=28) são profissionais da equipa pedagógica, 18% (n=6) dos profissionais da equipa multidisciplinar e 3% (n=1) pais.

## **2.2 Instrumentos**

O instrumento de recolha de dados foi realizado pela investigadora, a partir dos objetivos propostos na pesquisa e com base em revisão da literatura de Mattos *et alli*. (2006) da Associação Brasileira do Défice de Atenção (ABDA), com itens que pretendem caracterizar sinais e sintomas de labilidade emocional na PHDA. O questionário é composto por questões relativas à idade, gênero e profissão dos participantes e por oito itens em escala de tipo *Likert* de 5 pontos, sendo as opções de resposta: (1 “nunca”), (2 “raramente”), (3 “algumas vezes”) (4 “frequentemente”) e (5 “sempre”). (Anexo 03).

Para garantir que o instrumento não continha falhas relacionadas com a compreensão dos itens, a investigadora realizou um pré-teste, foram aplicados dez questionários pré-teste para os seguintes profissionais: 2 (dois) pedagogos de educação especial, 2 (dois) coordenador pedagógico, 2 (dois) diretor pedagógico, 1 (um) psicopedagogo, 1 (um) neuropsicopedagogo, 1 (um) psicólogo e 1 (um) terapeuta da fala. Com intuito de verificar se haveria dúvidas durante o preenchimento do mesmo e se os itens eram claros, desta forma diminuindo o risco de cometer erros ao avaliar as respostas.

Após pré-teste não houve necessidade de modificações do instrumento, pois o mesmo apresentou clareza.

O questionário foi construído com a finalidade de identificar traços característicos da labilidade emocional na PHDA, tendo como público alvo os profissionais do CEAPEM, profissionais das escolas articuladas ao CEAPEM e os pais ou responsáveis legais dos alunos(a) com PHDA.

## **2.3 Procedimento**

Após apreciação e aprovação do Projeto de investigação (Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e Labilidade Emocional na Escola Inclusiva) e o

(Instrumento Questionário) pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP) (Anexo 01), deu-se início ao estudo.

Com a solicitação para o acesso ao CEAPEM (Centro de Apoio Pedagógico Multidisciplinar) e escolas articuladas deferida pela Diretora do mesmo em 13 de dezembro 2017 (Anexo 05), a recolha de dados foi realizada no CEAPEM na cidade de Itapeva estado de São Paulo – Brasil e em 6 (seis) escolas municipais articuladas ao CEAPEM.

O acesso aos participantes se deu mediante deferimento para realização da pesquisa no CEAPEM (Anexo 04), do deferimento da solicitação para o acesso ao CEAPEM e escolas articuladas ao CEAPEM (Anexo 05), e igualmente a solicitação de autorização para o acesso aos profissionais do CEAPEM e aos profissionais das escolas articuladas (Anexo 06). De forma presencial o Consentimento Informado, foi entregue no CEAPEM e suas escolas articuladas pela investigadora na 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> semanas no mês de setembro de 2018, em envelope lacrado para os profissionais da equipe pedagógica, profissionais da equipe multidisciplinar e pais ou responsáveis legais. Era contido no envelope o questionário de recolha de dados conforme declaração de consentimento informado em conformidade ao (Anexo 02) e o Tema do trabalho de investigação, com o objetivo da pesquisa e instruções para o preenchimento do questionário (Anexo 07). Todos os participantes foram orientados sobre a designação no respectivo estudo e foram convidados a participar voluntariamente no estudo, sendo detalhado o objetivo do estudo. As dúvidas foram esclarecidas, informando-se a importância do anonimato e da confidencialidade dos dados pela investigadora.

A investigadora obteve 35 (trinta e cinco) questionários válidos, dos 45 (quarenta e cinco) distribuídos. Os dados obtidos foram analisados e tratados estatisticamente no programa IBM SPSS© (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 25).

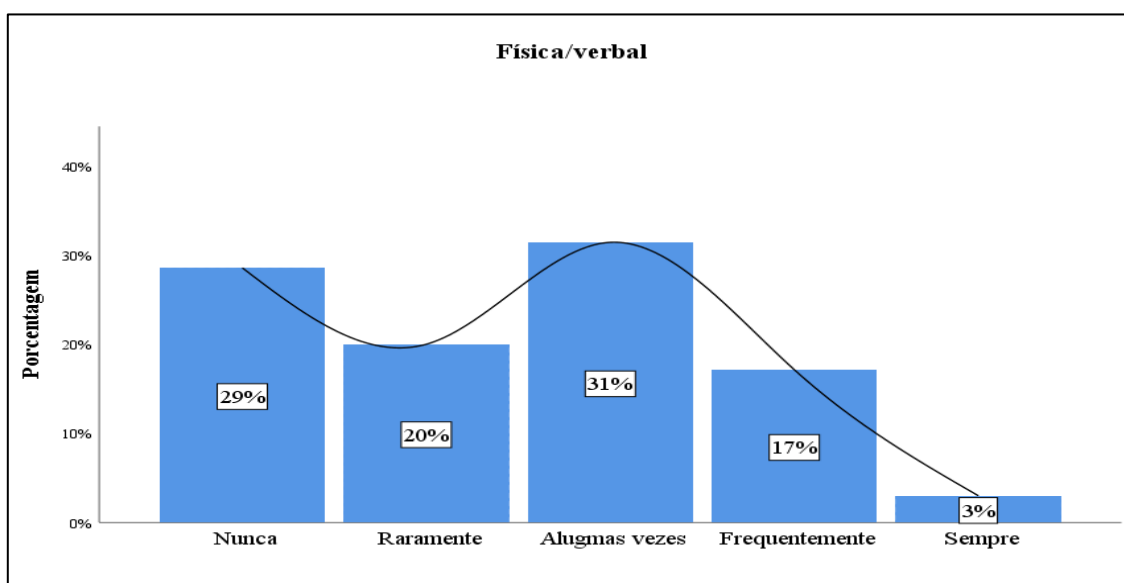
### **3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo analisamos os possíveis sinais e sintomas característicos da labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção na escola

inclusiva a partir dos objetivos e questões de investigação, com apresentação dos resultados em gráficos e posteriormente a discussão dos resultados.

### 3.1 Agressividade física/verbal

O gráfico 4 representa a frequência/manifestação de agressividade física/verbal: (n=35).



**Gráfico 4** – Frequência de Agressividade física/verbal.

Tendo em vista as respostas, cerca de 49% (n= 17) dos participantes afirmam que o aluno não apresenta agressividade física/verbal.

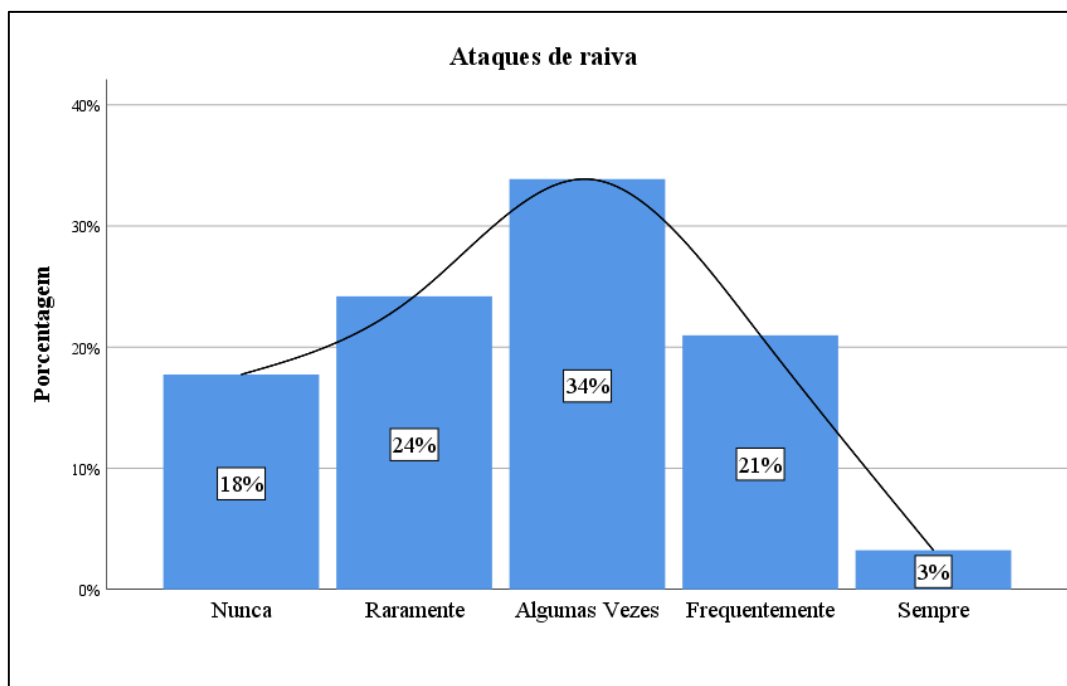
A criança com PHDA apresenta baixa capacidade de autorregulação. Isso é uma condição biológica, ela não é assim porque quer, isso pode torna-las mais impacientes e irritadas, levando algumas vezes a explosões de raiva e labilidade emocional, que em geral são passageiras e não agressivas fisicamente em direção aos outros (Mattos, 2007).

A criança com PHDA pode apresentar-se mais impulsiva nas suas atitudes e agir, muitas vezes, impensadamente, ofendendo o outro, utilizando-se de palavras e tons de voz agressivos, tendendo a possíveis agressões verbais (Posner *et alli.*, 2011).

Na PHDA o impulso verbal poderá continuar a lhe trazer sérios problemas, principalmente em situações em que esteja sob forte impacto afetivo ou sob pressão pessoal. Alguns alunos com PHDA podem ter grandes dificuldades em controlar seus impulsos verbais, se ele não consegue conter seus impulsos, precisa da ajuda de um profissional (Silva, 2014, p. 79).

### 3.2 Ataques de raiva

O gráfico 5 explana a frequência apresenta ataques de raiva: (n=35).



**Gráfico 5** – Frequência de Ataques de raiva.

Tendo em vista as respostas a pergunta do gráfico cinco, cerca de 42% (n=15) dos participantes afirmam que o aluno não apresenta ataques de raiva.

Brown (2014) Tendo em vista o aluno com PHDA podem exalar sua raiva momentânea a pessoas queridas, um amigo ou membro da família, com certa intensidade que não leva em conta que essa é uma pessoa a quem eles amam e não querem magoar. Pessoas com PHDA relatam que emoções momentâneas geralmente consomem todo o espaço da sua mente, eliminando outros sentimentos e pensamentos importantes.

Algumas vezes apresentam explosões de raiva, em geral são passageiras e não agressivas em direção aos outros, o ataque de raiva é dado pelo ambiente, principalmente

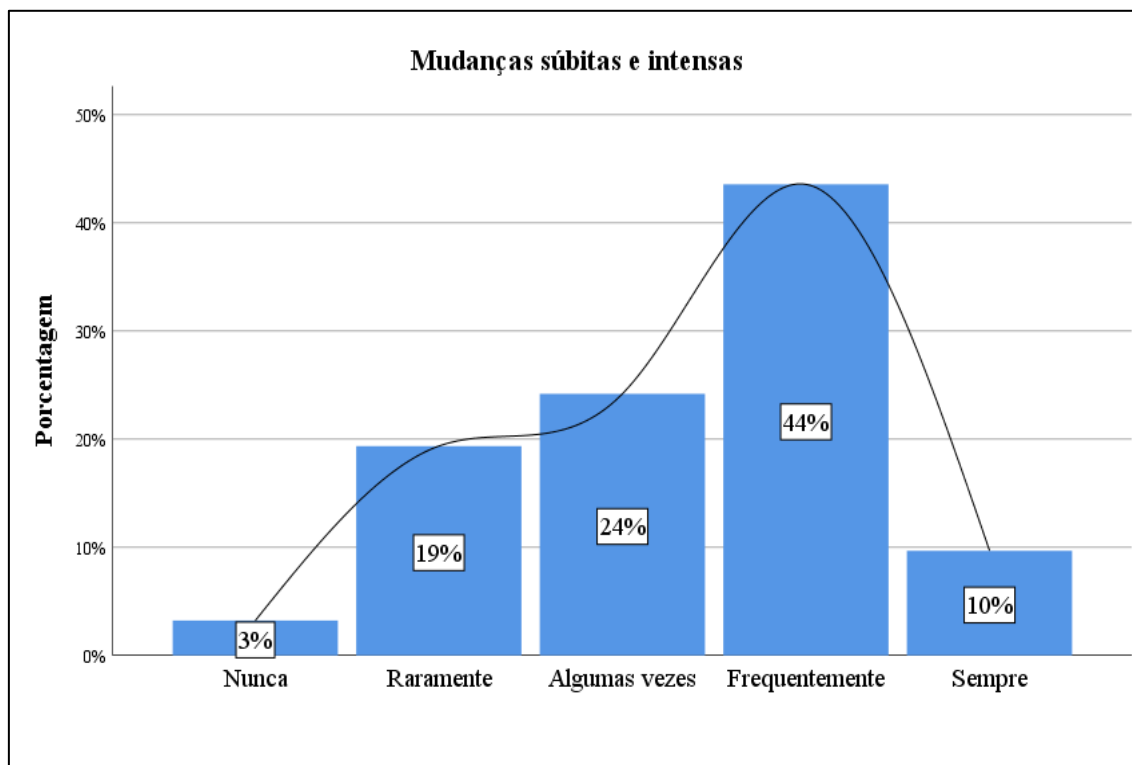
um ambiente que seja excessivamente crítico e opressor para o portador da PHDA (ABDA, 2018).

Os problemas de regulação da emoção apresentados pelo aluno com PHDA criam uma maior predisposição para problemas com o controle da raiva, frequentemente o aluno com PHDA sofre explosões de raiva quando as coisas não ocorrem como ele espera (Barkley, 2011).

Portadores da PHDA defrontam dificuldades em controlar a raiva, aborrecimento, decepção, desejo e outras emoções. Achem muito difícil colocar a emoção em perspectiva, deixa-la de lado e continuar em frente com o que precisa ser feito. Brown (2014).

### 3.3 Mudanças súbitas e intensas em situações de frustração

O gráfico 6 caracteriza a Frequência de Mudanças súbitas e intensas em situações de frustração: (n=35).



**Gráfico 6** – Frequência de Mudanças súbitas e intensas em situações de frustração.

As respostas a pergunta do gráfico 6, cerca de 54% (n=19) dos participantes afirmam que o aluno apresenta mudanças súbitas e intensas em situações de frustração.

Brites (2018) é preciso salientar que uma criança/aluno com PHDA não sabe lidar com a habilidade de processar corretamente suas emoções. Isso pode ser denominado como desregulação emocional, que ocorre quando há uma inabilidade ou dificuldade para lidar com as experiências, podendo se manifestar como uma intensificação excessiva ou como desativação das emoções; onde ocorre a variação de humor entre os portadores da PHDA.

A maioria das pessoas com PHDA apresentam emoções misturadas e conflitantes, essas emoções surgem espontaneamente em circunstâncias diversificadas, com isso tendem a se sentir frustradas Brown (2014).

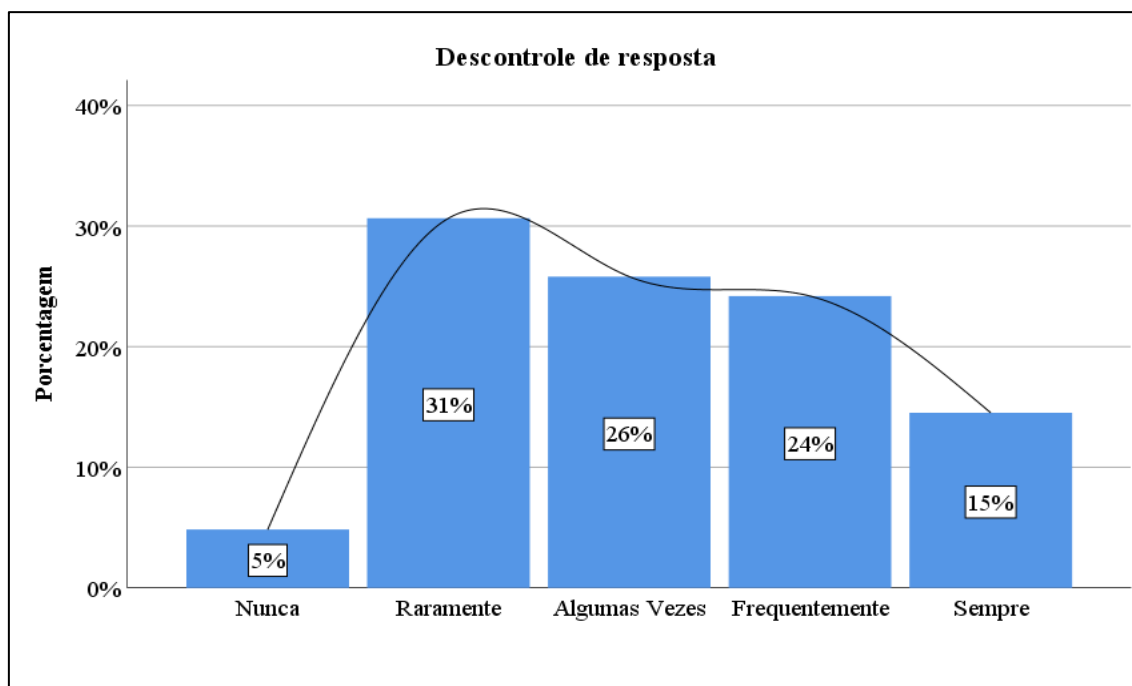
Crianças com altos níveis de labilidade emocional demonstraram tolerar mal a frustração, ter altos níveis de irritabilidade e demonstrar frequentes crises de choro ou birra (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

Para Silva (2014) As mudanças de comportamento no portador da PHDA são bruscas e repentinas, apresentando instabilidade de humor, costuma mudar de humor rapidamente e várias vezes no mesmo dia, isso depende dos acontecimentos externos ou ainda de seu estado cerebral, uma vez que o cérebro do indivíduo com PHDA pode entrar em exaustão, prejudicando a modulação do seu estado de humor.

Os défices nas funções executiva podem levar à Labilidade Emocional, que é caracterizada por mudanças súbitas de emoções e comportamentos de intensidade inapropriadamente alta, podem incluir surtos repentinos de raiva, disforia, tristeza ou euforia (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

### 3.4 Descontrole de resposta/impulsividade

O gráfico 7 denota a Frequência de Descontrole de resposta/impulsividade: (n=35).



**Gráfico 7** – Frequência de Descontrole de resposta/impulsividade.

As respostas a pergunta do gráfico 7, cerca de 39% (n=14) dos participantes afirmam que o aluno apresenta descontrole de resposta.

No que diz respeito a impulsividade e descontrole de resposta muitos alunos com PHDA são precipitados em suas avaliações não analisam os fatos antes de expor sua opinião, ou seja, seu ponto de vista, sendo importante mencionar que o aluno apresenta baixa capacidade de monitorar o próprio comportamento, percebem a consequência e danos causados após o término do seu comportamento (Mattos, 2003).

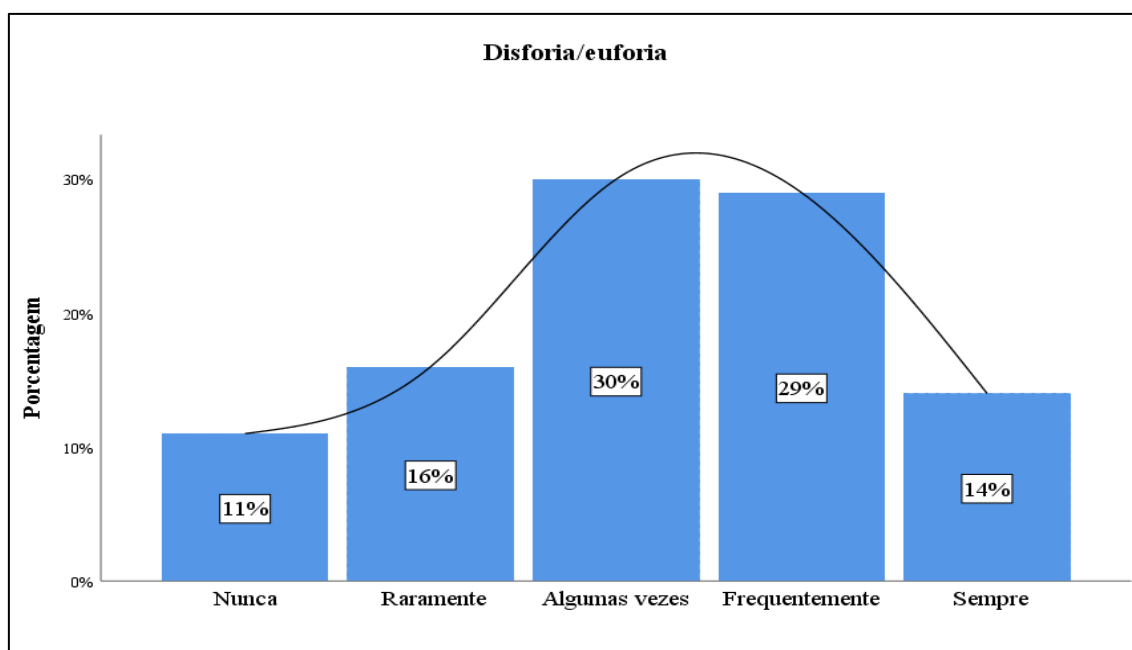
Fica claro que a mente do aluno com PHDA apresenta captação a pequeno estímulos e reage automaticamente sem avaliar as características do objeto gerador dos estímulos, a impulsividade se manifesta como impaciência, responde precipitadamente as perguntas antes da pessoa terminar de fazer, apresenta dificuldade de aguardar a sua vez

para falar, interrompe ou intromete desviando do assuntos e abordando um não relacionado a conversa, causando muitas dificuldades no âmbito social, escolar e profissional (Ghigiarelli, 2016).

A impulsividade seria uma dificuldade em refrear reações, levando a situações de “agir sem pensar”. Isso é observado em respostas precipitadas, interrupções ou intromissões em assuntos alheios, dificuldade em aguardar a vez (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

### 3.5 Disforia/euforia

O gráfico 8 demonstra o resultado da Frequência de Disforia/euforia: (n=35).



**Gráfico 8** – Frequência de Disforia/euforia.

Cerca de 43% (n=15) dos participantes afirmam que o aluno apresenta Disforia/euforia.

Enfatiza Brown (2014, p. 25), que o aluno com PHDA apresenta frustração, preocupação, decepção, mágoa, excitação, raiva, orgulho, tristeza e vergonha, desempenham um papel crítico em suas dificuldades diárias, algumas vezes são incapazes

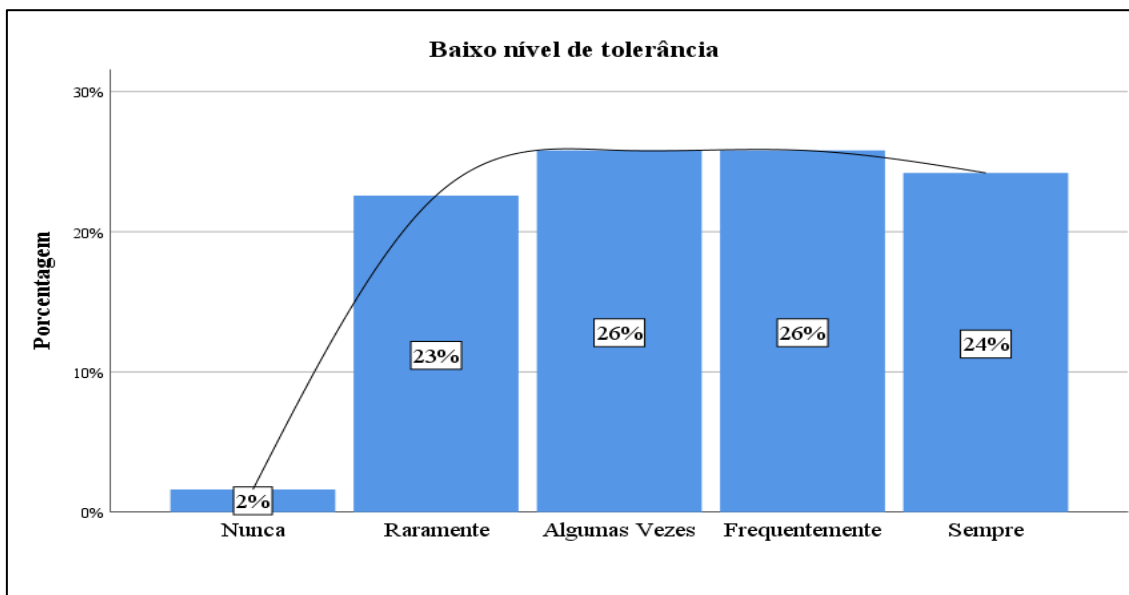
de controlar a expressão dessas emoções; outras vezes, têm problemas para experimentar e reconhecer claramente as emoções que podem guiá-las nas interações sociais e alimentar comportamentos importantes para alcançar objetivos de longo prazo.

Afirma Neto (2009) que o portador de PHDA, quando confrontados, podem ter piora da atenção e da expressão do comportamento, evitando enfrentar as tarefas ou desafios cognitivos até o término, muitos apresentam disforia (ansiedade, raiva, tristeza, melancolia, culpa), decorrentes da sensação de frustração por tarefas inacabadas ou mal-acabadas e da sensação de ser fraudulento (doloso).

Relata Silva (2009) que a vivência do aluno com a PHDA e quem cuida do aluno com PHDA observam características como a euforia, a dificuldade de gerenciamento das emoções são frequentes, uma pessoa com PHDA pode ser visto como agitado, entusiasmado e elétrico.

### 3.6 Tolerância a frustração (baixo nível de tolerância)

Observamos no gráfico 9 a Frequência de Tolerância a frustração (n=35).



**Gráfico 9** – Frequência de Tolerância a frustração.

No total da amostra, 50% (n=17) apresenta baixo nível de tolerância a frustração.

No que diz Ghigiarelli (2016) é importante salientar que portadores da PHDA apresentam reações emocionais impulsivas em diversas situações, justamente porque apresentam dificuldade de autocontrolar a reação inicial, e também usar de ações direcionadas e autodirigidas que os ajudariam a acalmar as emoções, ou seja, a autorregulação é um importante mecanismo para guiar, moderar a emoção e organizar a ação, tendo dificuldade de inibir as emoções e apresentando impaciência.

Ao desenvolver um estudo longitudinal de mais de 100 (cem) crianças com a PHDA e um grupo de comparação sem PHDA seguido até a idade adulta, Bowen *et alli.*, (2008) mostraram que aquelas cujas PHDA persistiram até a idade adulta continuaram a ter significativamente mais dificuldades com baixo nível de tolerância, impaciência, irritabilidade e excitabilidade emocional do que o grupo de comparação, sem PHDA.

## CONCLUSÃO

Nas questões de investigação colocaram-se as seguintes questões a partir da problemática central:

– Os possíveis sintomas da labilidade emocional são decorrentes das disfunções da perturbação, comórbidos ou uma nova entidade nosológica?

– Quais os fatores que influenciam as variáveis da labilidade emocional para a inclusão escolar do aluno com PHDA?

No tocante à primeira pergunta foi possível identificar características da labilidade emocional como característica chave da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção as evidencias expostas pelos autores supracitados e pelos dados recolhidos mostram que a labilidade emocional é um traço marcante em suas vidas.

Analisamos a prevalência da labilidade emocional, independentemente de outras possíveis comorbidades e foi constatado que a LE se encontra presente independente das comorbidades (Posner, Kass & Hulvershorn, 2014).

Os autores que fazem menção da labilidade emocional em revisões da literatura a presença da LE pode ser um componente mais significativo dos sintomas da PHDA podendo até ser considerado um sintoma-alvo da PHDA ou até uma nova entidade nosológica distinta de ambas. Estas considerações embasariam novos testes e pesquisas abrindo novos campos de análise (*Anastopoulos et alli., 2011*).

No tocante à segunda pergunta, os fatores que influenciam as variáveis da labilidade emocional para a inclusão escolar do aluno podem, em alguns casos, ser vulnerabilidade, rejeição social, inabilidade para controlar as próprias, mudanças repentinas fortes no humor, oscilação de humor, baixo limiar para frustração, dificuldade crônica na regulação da expressão e da experiência emocional subjetiva, os fatores são responsáveis por uma

grande parte do impacto negativo que o distúrbio ocasiona sobre o funcionamento social e escolar.

Diante de tais questionamentos a pesquisa buscou como objetivo geral: Identificar características da LE na PHDA; analisar a prevalência da labilidade emocional, independentemente de outras possíveis comorbilidades; analisar as crianças com PHDA na escola inclusiva; analisar o desempenho acadêmico e social do aluno com PHDA; e analisar a frequência que o aluno apresenta a LE na PHDA.

Identificamos características da LE na PHDA como mudanças súbitas e intensas nas reações emocionais frente a situações frustrantes, dificuldade de autorregularão emocional, ataques de raiva, agressividade física e verbal, baixo nível de tolerância à frustração (irritabilidade), impulsividade, descontrole de resposta, disforia (ansiedade/inquietude) e euforia (humor exaltado/alegria exagerada), (Sobanski *et alli.*, 2010).

Existe evidência crescente de que a PHDA e a Perturbação Desafiante de Oposição e Perturbação da Conduta representam diagnósticos relacionados, porém independentes (Nutt *et alli.*, 2007).

De acordo com Neto (2009) a Perturbação Bipolar as oscilações de humor próprias da PHDA, apesar de frequentes, em geral são menos intensas do que as encontradas no espectro bipolar.

Na Perturbação de Ansiedade, apresentam mais sintomas depressivos, maiores problemas a tencionais e menor habilidade social quando comparadas ao grupo com apenas PHDA (Bowen *et alli.*, 2008).

Neto (2009) discorreu sobre a Perturbação do Humor (Perturbação Distímico e depressivo maior) que apresenta discreta instabilidade de humor e pode ser reativas e irritáveis às vezes, geralmente mantêm um estado razoável de humor.

Na Perturbação de Desregulação do Humor. é caracterizada por irritabilidade pervasiva e por intolerância a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspetos essenciais (APA, 2014).

Conforme defendido por Brown (2014) pesquisas direcionadas a neurociência demonstraram aspetos do desenvolvimento e funcionamento do cérebro são diferentes em pessoas com PHDA em comparação com a maioria das outras da mesma idade, há afirmativas de prejuízos na conectividade cerebral e na coordenação de ritmos cerebrais, as funções executivas e as complexidades relacionadas às emoções da conectividade cerebral são prejudicadas, afetando as “redes” que transportam informações relacionadas à emoção e outros aspetos do funcionamento cerebral, tendem a ser um pouco mais limitadas. Anos atrás, a maioria dos cientistas pensavam que as deficiências da PHDA se deviam principalmente a problemas em regiões específicas do cérebro, particularmente no córtex pré-frontal.

Analisado o desempenho dos alunos na escola inclusiva e na vida social do aluno com PHDA, constatou que os alunos/crianças são mais vulneráveis, denota dificuldades durante e após a vida escolar, apresentam uma série de dificuldades que afetam a sua qualidade de vida, as crianças têm prejuízos escolar significativos e dificuldade nos relacionamentos. O trabalho envolvendo alunos com PHDA é árduo e requer não só capacitação intensiva de profissionais atuantes, mas principalmente a interação dos mesmos com a família e a escola.

Analisado a frequência que o aluno apresenta a LE na PHDA, identificou grande parte dos participantes “frequentemente” apresentam sintomas da labilidade emocional na PHDA, como, mudanças súbitas e intensas em situações de frustração, descontrole de resposta/impulsividade, disforia/euforia, tolerância a frustração, acerca da menor parte dos participantes discerne a quantidade de alunos que “ocasionalmente” apresentam agressividade física/verbal e ataques de raiva.

No que se refere a frequência de agressividade física/verbal o resultado apontou que ocorre “ocasionalmente”.

Como indicativo a respeito a frequência de ataques de raiva o resultado apontou que ocorre “ocasionalmente”.

No que diz respeito a frequência de mudanças súbitas e intensas em situações de frustração denota que apresentam “frequentemente”.

Na mostra da frequência de descontrole de resposta/impulsividade ficou evidenciado que apresentam “frequentemente”.

Ao constatar a respeito a frequência de disforia/euforia denota que apresentam “frequentemente”.

No que se refere a frequência de tolerância a frustração ficou evidenciado que apresentam “frequentemente”.

A partir de todas as evidências expostas pelos artigos supracitados e recolha de dados mostram que a labilidade emocional é um traço característico marcante e significativo na PHDA em todas as fases da vida dos indivíduos portadores, apresentando dificuldade de se autorregular emocionalmente.

O estudo teve por finalidade observar e investigar os traços mais característicos da labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) na escola inclusiva realçar que existem evidências da labilidade emocional na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e que esta possível sintomatologia é de extrema importância que seja observada e considerada em todos os alunos com PHDA.

Sugere-se que a labilidade emocional seja um diagnóstico categórico dentro da PHDA considerada como um componente fundamental, pelo menos em um subgrupo, muitos indivíduos com labilidade emocional não preenchem critérios para qualquer diagnóstico do DSM além da PHDA.

No cômputo final, constata-se de que muito existe para estudar e clarificar, embora conscientes de que o presente estudo sugere-se que a labilidade emocional seja um diagnóstico categórico dentro da PHDA considerada como um componente fundamental, pelo menos em um subgrupo, muitos indivíduos com labilidade emocional não preenchem critérios para qualquer diagnóstico do DSM além da PHDA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrosini, P. J., Bennett D. S. & Josephine, E. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *J. Affect. Disord.* 145(1), pp 70-76. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496809/pdf/nihms-396611.>>. [Consultado em 23/06/2021].
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, Artmed.
- Anastopoulos, A. D. *et alli*. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of attention disorders*, 15(7), pp. 583-592. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3355528/pdf/nihms374811.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). (2018). Dicas: criatividade, agressividade e mentira. *ABDA*. Publicado em 17 de Janeiro de 2018. [Em linha]. Disponível em <<https://tdah.org.br/dicas-criatividade-agressividade-e-mentira/>>. [Consultado em 04/07/2021].
- Barger, N. *et alli*. (2014). Evidence for evolutionary specialization in human structures. *Frontiers in human neuroscience*, 8(1), pp. 1-17. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033018/pdf/fnhum-0800277.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Barkley, R. & Murphy, K. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder ADHD: the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *J. ADHD Relat. Disord*, 1(4), pp. 5-28. [Em linha]. Disponível em <<http://lyonlab.labsites.cshl.edu/wp-content/uploads/sites/8/2014/04/Lyon-GJ-Journal-of-ADHD-2010.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Barkley, R. A. & Benton, C. M. (2012). *Vencendo o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: adulto*. Porto alegre, Artmed.
- Barreto, J. E. F. & Silva, L. P. (2010). Sistema límbico e as emoções: uma revisão anatômica. *Revista Neurociências*, 18(3), pp 386-94. [Em linha]. Disponível em <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1803/426%20revisao.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Benczik, E. B. P. & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Ppsicopedagogia*, 32(97), pp. 93-103. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v32n97/10.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].

- Bowen, R., Chavira, D. A., Bailey, K., Stein, M. T. & Stein, M. B. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry research.*, 157(1-3), pp 201-209. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.12.015>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Brites, C. (2018). 9 dicas para evitar variações de humor com TDAH. *InstitutoNeuroSaber*. Publicado em 17 de setembro de 2018. [Em linha]. Disponível em <<https://institutoneurosaber.com.br/9-dicas-para-evitar-variacoes-de-humor-com-tdah/>>. [Consultado em 04/07/2021].
- Brites, C. (2019). Desempenho escolar e TDAH: o que você precisa saber. *Instituto NeuroSaber*. Publicado em 17 de junho de 2019. [Em linha]. Disponível em <<https://institutoneurosaber.com.br/desempenho-escolar-e-tdah-o-que-voce-precisa-saber/>>. [Consultado em 04/07/2021].
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R. & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life*, 10(47), pp 188-196. [Em linha]. Disponível em <<https://hql.o.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-10-47.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Brown, T. E. (2007). *Transtorno de Déficit e Atenção: a mente desfocada em crianças e adultos*. Porto Alegre, Artmed.
- Brown, T. E. (2014). *Smart but stuck: Emotions in teens and adults with ADHD*. Nova York, John Wiley & Sons.
- Bryman, A. (2003). *Quantity and quality in social research*. London, Routledge. (vol. 18).
- Capellini, V. L. M. F. & Fonseca, K. A. (2017). A escola inclusiva: seus pressupostos e movimentos. *Rev. Bras. Psicol. Educ*, 19(1), pp. 107-127. Em linha]. Disponível em <<https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/10824/7010>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Castellanos, F. X. & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal, striatal model. *Trends Cogn Sci*, 16(1) pp.17-26. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272832/pdf/nihms344390.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Childress, A. C. & Sallee, F. R. (2015). Emotional lability in patients with attention deficit/hyperactivity disorder: impact of pharmacotherapy. *CNS Drugs*, 29(8), pp. 683-693. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s40263-015-02649>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Ciasca, S. M., Rodrigues, S. D., & Salgado, C. A. (2010). *TDAH: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Rio de Janeiro, Revinter.

- Ciasca, S. M., Rodrigues, S. D, Azoni, C. A. S. & Lima, R. F. (2015). *Transtornos de Aprendizagem: neurociência e interdisciplinaridade*. São Paulo, Book Toy.
- CID-10. (2004). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde relacionados: décima revisão*. 2. ed. Genebra, OMS.
- Costa Dias, T. G. *et alli*. (2012). Reward circuit connectivity relates to delay discounting in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 23(1), pp. 33-45. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581744/pdf/nihms420608.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Couto, T. S., Melo-Junior, M. R. & Gomes, C. R. A. (2010). Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências e Cognição*, 15 (1), pp 241-251. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/202/174>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre, Artmed.
- Fachin, O. (2003). *Fundamentos de metodologia*. 4. ed. São Paulo, Saraiva.
- Gonçalves, H. A., Rosa Pureza, J. & Prando, M. L. (2011). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: breve revisão teórica no contexto da neuropsicologia infantil. *Neuropsicologia Latinoamericana*. 3(3), pp. 20-24. [Em linha]. Disponível em <[https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/download/76/62](https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/download/76/62)>. [Consultado em 23/06/2021].
- Ghigiarelli, D. F. (2016a). O TDAH no adulto e o processamento das emoções. *Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)*. Publicado em 27 de abril de 2016. [Em linha]. Disponível em <<https://tdah.org.br/o-tdah-no-adulto-e-o-processamento-das-emocoes/>>. [Consultado em 04/07/2021].
- Ghigiarelli, D. F. (2016b). TDAH e o processo de aprendizagem. *Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)*. Publicado em 08 de Junho de 2016. [Em linha]. Disponível em <<https://tdah.org.br/tdah-e-o-processo-de-aprendizagem/>>. [Consultado em 04/07/2021].
- Hammoud, M. (2017). Quais as diferenças entre labilidade emocional e ser bipolar? *MundoPsicólogos*. Publicado em 24 de julho de 2017. [em linha]. Disponível em <<https://br.mundopsicologos.com/artigos/quais-as-diferencas-entre-labilidade-emocional-e-ser-bipolar>>. [Consultado em 03/07/2017].
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra, Quarteto.
- Lopes, M. F., Nascimento, R. F. L. & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH). *Avaliação Psicológica*, 4

- (1), pp. 65-74. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/-v4n1/-v4n1a08.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Malisza, K. L. *et alli.* (2011). Functional magnetic resonance imaging of facial information processing in children with autistic disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typically developing controls. *Int. J. Adolesc. Med. Health*, 23(3), pp. 269-77. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1515/ijamh.2011.055>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Marconi M. D. A. & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos da metodologia científica*. 8. ed. São Paulo, Atlas.
- Marques, J. R. (2017). Conheça os principais sintomas da labilidade emocional. *Instituto Brasileiro de Coaching (IBC)*. Publicado em 09 de outubro de 2019. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ibccoaching.com.br/portal/conhecendo-os-principais-sintomas-da-labilidade-emocional/>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Mattos, P. (2003). *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo, Lemos.
- Mattos, P. *et alli.* (2006). Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev. Psiquiatr.* 28(1), p. 50-60. [Em linha]. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rprs/a/Bg6Fm5DBc3-zzXQp77Qx6JHP/?lang=pt&format=pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Mattos, P. (2007). TDAH e Labilidade Emocional. Revista Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Disponível em <<http://www.tdah.org.br/br/noticias/-reportagens/item/195-revista-nova-escolaomitedados.html>>. [Consultado em 21/07/2018].
- Mattos, P. (2008). TDAH. Revista Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Disponível em <<http://www.tdah.org.br/br/noticias/reportagens/item/195-revisitanova-escola-omitedados.html>>. [Consultado em 23/08/2018].
- Ministério da Educação (MEC) (1994). *Declaração de Salamanca*. sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Brasília: MEC. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/-EEspecial/declaracaosalamanca.pdf>>. [Consultado em 23/06/2021].
- Neto, M. R. L. (2009). *TDAH ao longo da vida*. Porto Alegre, Artmed.
- Neves, E. B. & Domingues, C. A. (2007). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Rio de Janeiro, EB/CEP.
- Nutt, D. J. *et alli.* (2007). Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), pp. 10-41. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1177%2F0269881106073219>>. [Consultado em 24/06/2021].

- Pereira, R. F. (2015). *Abordagem Multidisciplinar da Aprendizagem*. Lisboa, QualConsoante.
- Phillips, M. L., Ladouceur, C. D. & Drevets, W. C. (2008). A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*, 13(9), pp. 829-857. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745893/pdf/nihms105442.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Plessen, K. J. *et alli*. (2006). Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), pp. 795-807. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367150/pdf/nihms44499.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021]
- Pliszka, S. *et alli*. (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), pp. 894-921. [Em linha]. Disponível em <[https://www.jaacap.org/article/S08908567\(09\)-621821/pdf](https://www.jaacap.org/article/S08908567(09)-621821/pdf)>. [Consultado em 24/06/2021].
- Posner, J., Maia, T. V., Fair, D., Peterson, B. S., Sonuga-Barke, E. J. & Nagel, B. J. (2011). The attenuation of dysfunctional emotional processing with stimulant medication: An fMRI study of adolescents with ADHD. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 193(3), pp. 151-160. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3164556/pdf/nihms278216.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Posner, J. Kass, E. & Hulvershorn, L. (2014). Using stimulants to treat ADHD-related emotional lability. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), pp. 1-12. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4243526/pdf/nihms621995.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Presidência da República (2015). *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União. D.O.U de 07/07/2015. [Em linha]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20152018/2015/lei-113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2015/lei-113146.htm)>. [Consultado em 04/07/2021].
- Purper-Ouakil, D. & Franc, N. (2011) Emotional dysfunctions in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 18(6), pp. 679-685. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.03.003>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Rangel J. E. B, & Loos H. (2011). Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia*, 21(50), pp. 373-82. [Em linha]. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/paideia/a/q3nZbznmPQRykQdjFh4v6r-N/?lang=pt&for=mat=pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].

- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Gift, T. E., Steans, T. A. & Wender, P. H. (2015). Types of adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): baseline characteristics, initial response, and long-term response to treatment with methylphenidate. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(2), pp. 115-128. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s12402-015-0176z>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Retz, W. *et alli*. (2012). Multiscale assessment of treatment efficacy in adults with ADHD: a randomized placebo-controlled: multi-centre study with extended-release methylphenidate. *World J. Biol. Psychiatry*, 13(1), pp. 48-59. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279134/pdf/swbp13048.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Richardson, R. J. (2017). *Pós-graduação-metodologia-pesquisa social: métodos e técnicas: métodos quantitativos e qualitativos*. São Paulo, Atlas. (Cap. 5).
- Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre, Artmed.
- Rukmani, M. R. Seshadri, S. P., Thennarasu, K., Raju, T. R. & Sathyaprabha, T. N. (2016). Heart rate variability in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *Annals of Neurosciences*, 23(2), pp. 81-88. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020391/pdf/aon00230081.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Scheffer, R. E. (2007) Concurrent ADHD and bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9(5), pp. 415-19. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s11920-007-0054-2>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Shaw, P., Malek, M., Watson, B., Sharp, W., Evans, A., & Greenstein, D. (2012). Development of cortical surface area and gyrification in attention deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 72(3), pp. 191-7. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.01.031>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry*, 171(3), pp. 276-293. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282137/pdf/nihms646954.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Silva, A. (2009) *Mentes inquietas. TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade*. Rio de Janeiro, Objetiva.
- Silva, A. (2014). *Mentes Inquietas: TDAH-desatenção, hiperatividade e impulsividade*. Rio de Janeiro, Prncipium.
- Sobanski, E. *et alli*. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), pp. 915-23. [Em linha].

Disponível em <<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x>>. [Consultado em 24/06/2021].

- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 631-642. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Stoy, M. *et alli*. (2011). Reward processing in male adults with childhood ADHD --a comparison between drug-naive and methylphenidate-treated subjects. *Psychopharmacology (Berl)*, 215(3), pp. 467-81. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00213-011-2166-y>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(2), pp. 61-6. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00787-010-0150-4>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Stringaris, A. & Goodman R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatr.*, 50(3), pp. 216-23. [Em linha]. Disponível em <[https://core.ac.uk/reader/29894543?utm\\_source=linkout](https://core.ac.uk/reader/29894543?utm_source=linkout)>. [Consultado em 24/06/2021].
- Stroh, J. B. (2010). TDAH: diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. *Construção psicopedagógica*, 18(17), pp. 83-105. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp-18n17/v18n17a07.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Tabaquim, M. L. M. (2015) *Neuropsicologia dos processos cognitivos da atenção e memória na aprendizagem*. Lisboa, Qualconsoante.
- Tomasi, D & Volkow, N. D. (2012). Abnormal functional connectivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 71(5), pp. 443-450. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479644/pdf/nihms408692.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Wehmeier, P. M. Schacht, A. & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), pp. 209-17. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>>. [Consultado em 24/06/2021].
- Wyman, P. A. *et alli*. (2009). Emotional triggers and psychopathology associated with suicidal ideation in urban children with elevated aggressive-disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(7), pp. 917-928. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785032/pdf/nihms145953.pdf>>. [Consultado em 24/06/2021].

**ANEXOS**

**ANEXO 01 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.**



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

San conhecimento  
à aluna e Orientador(a).  
Inês  
22/01/2018

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Inês Gomes  
Diretora da FCHS

Porto, 18 de Janeiro de 2018

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de ter reapreciado o Projeto de Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial, de Tânia Carla Leonel Schuchter, intitulado "Perturbação de Hiperatividade de Défice de Atenção e Labilidade Emocional na Escola Inclusiva", considera nada haver a opor à realização do estudo. A aluna Tânia Carla Leonel Schuchter deverá assumir a responsabilidade pela realização do estudo no Brasil de acordo com o projeto apresentado à Comissão de Ética, respeitando os princípios éticos e deontológicos, bem como a legislação brasileira.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

  
Susana Teixeira Magalhães

**ANEXO 02 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.**



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Designação do Estudo

PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E LABILIDADE  
EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA

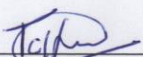
Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_ de setembro de 2018

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante no projecto

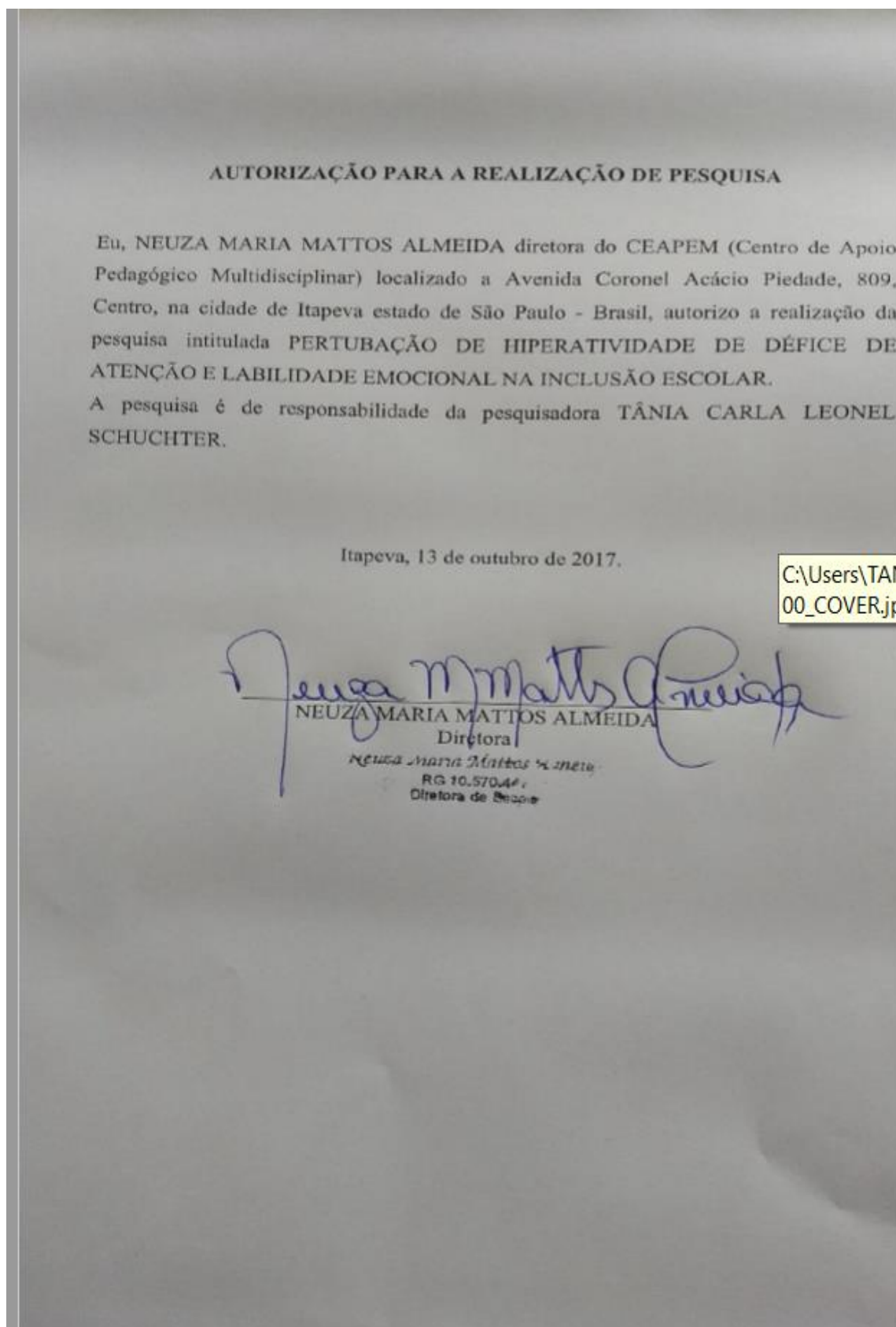
  
\_\_\_\_\_  
TÂNIA CARLA LEONEL SCHUCHTER  
Investigadora responsável

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

**ANEXO 03 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES.**

Cód.						
Sexo: _____						
Idade: _____						
<p>Preenchido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- _____ Terapeuta Ocupacional;</li> <li>- _____ Terapeuta da Fala;</li> <li>- _____ Psicóloga;</li> <li>- _____ Psicopedagoga;</li> <li>- Professor: _____ Educação infantil: _____ Ensino Fundamental I: _____</li> <li>Ensino Fundamental II: _____;</li> <li>- _____ Pedagogo de Educação Especial;</li> <li>- _____ Coordenadora Pedagógica;</li> <li>- _____ Diretora Pedagógica;</li> <li>- _____ Pais e/ou responsáveis legais do aluno com PHDA;</li> </ul>						
<p>Responda todas as perguntas abaixo. Marque um X no espaço que melhor descreve o comportamento do aluno (a): (Marque uma resposta a cada linha)</p>	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	
	Com que frequência o aluno (a) apresenta agressividade física?					
	Com que frequência o aluno (a) apresenta agressividade verbal?					
	Com que frequência o aluno (a) apresenta ataques de raiva?					
	Com que frequência o aluno apresenta mudanças súbitas e intensas nas reações emocionais frente a situações frustrantes?					
	Com que frequência o aluno (a) apresenta descontrolo de resposta?					
	Com que frequência o aluno apresenta disforia (ansiedade/inquietude)?					
	Com que frequência o aluno (a) apresenta euforia (alegria exagerada)?					
	Com que frequência o aluno (a) apresenta baixo nível de tolerância?					

**ANEXO 04 – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO  
CEAPEM.**



**ANEXO 05 – SOLICITAÇÃO PARA O ACESSO AO CEAPEM E ESCOLAS  
ARTICULADAS AO CEAPEM.**

PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

À diretora  
**NEUZA MARIA MATTOS ALMEIDA**  
Centro de Apoio Pedagógico Multidisciplinar (CEAPEM)

**Assunto:** solicitação para o acesso ao CEAPEM e as escolas articuladas ao CEAPEM.

Eu, **TÂNIA CARLA LEONEL SCHUCHTER**, Mestranda em Ciências da Educação - Educação Especial pela Universidade Fernando Pessoa - Porto/Portugal, venho por meio desta solicitar à vossa senhoria, autorização para o acesso ao CEAPEM e as escolas articuladas ao CEAPEM como participantes na pesquisa empírica de investigação na dissertação de mestrado com o tema: **PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA.**

Informo ainda que todo o processo de recolha de dados será feito mediante a aplicação de questionário com a garantia de anonimato dos participantes.

Desde já agradeço a atenção e solicitude.

Atenciosamente

Itapeva, 24 de setembro de 2018.

  
TÂNIA CARLA LEONEL SCHUCHTER

  
NEUZA MARIA MATTOS ALMEIDA

**ANEXO 06 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O ACESSO AOS  
PROFISSIONAIS DO CEAPEM E AOS PROFISSIONAIS DAS ESCOLAS  
ARTICULADAS AO CEAPEM.**

PH/DA E LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

À diretora  
**NEUZA MARIA MATTOS ALMEIDA**  
Centro de Apoio Pedagógico Multidisciplinar (CEAPEM)

**Assunto:** solicitação para o acesso aos profissionais do CEAPEM e aos profissionais das Escolas articuladas ao CEAPEM.


Eu, Tânia Carla Leonel Schuchter, Mestranda em Ciências da Educação - Educação Especial pela Universidade Fernando Pessoa – Porto/Portugal, venho por meio desta solicitar à vossa senhoria, autorização para aplicação de questionário junto aos profissionais do CEAPEM e aos profissionais das escolas articuladas ao CEAPEM como participantes na pesquisa empírica de investigação na dissertação de mestrado com o tema: **PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA.**

Informo ainda que todo o processo de recolha de dados será feito mediante a aplicação de questionário com a garantia de anonimato dos participantes.

Desde já agradeço a atenção e solicitude.

Atenciosamente


Itapeva, 24 de setembro de 2018.

  
TÂNIA CARLA LEONEL SCHUCHTER

  
NEUZA MARIA MATTOS ALMEIDA

**ANEXO 07 – TEMA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVO DA PESQUISA E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

042

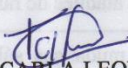


**QUESTIONÁRIO – PESQUISA DE MESTRADO**

O presente questionário insere-se num trabalho de investigação sobre o tema **PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO E LABILIDADE EMOCIONAL NA ESCOLA INCLUSIVA (PHDA)** tem como objetivo identificar possíveis sintomas da labilidade emocional na PHDA.

Este estudo só será possível com a sua estimada e valiosa contribuição, em que não existem respostas certas ou erradas e os dados recolhidos são confidenciais. Solicito que responda com precisão às questões apresentadas. Por favor esteja atento (a) que o seu questionário só poderá contribuir para a presente investigação, estando **COMPLETAMENTE** preenchido.

Agradeço sua solicitude em contribuir com a pesquisa.

  
**TÂNIA CARLA LEONEL SCHUCHTER**  
Investigadora responsável

<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de hiperatividade/impulsividade?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de inatencionalidade?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de labilidade emocional?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa auto-estima?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à frustração?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à ansiedade?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à dor?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à fome?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao frio?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao calor?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao ruído?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à luz?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao cheiro?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao toque?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao gosto?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao som?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à voz?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à música?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à televisão?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao computador?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao telemóvel?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao tablet?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao vídeo?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao jogo?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao desporto?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao trabalho?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à escola?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao professor?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao grupo?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao líder?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao chefe?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao pai?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à mãe?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao irmão?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância à irmã?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao amigo?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de turma?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de classe?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de curso?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de faculdade?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de universidade?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de trabalho?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de profissão?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de vida?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de existência?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de humanidade?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de planeta?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de universo?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de galáxia?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de cosmos?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de universo?
<input checked="" type="checkbox"/>	Com que frequência o aluno (a) apresenta sintomas de baixa tolerância ao colega de tudo?