



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em  
Domínio Cognitivo-Motor

**Percepção dos professores do 1º ciclo do ensino  
básico face aos comportamentos perturbadores  
de crianças com Perturbação de Hiperactividade  
com Défice de Atenção**

Maria de Fátima Pereira Cardoso

Lisboa, abril de 2013



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em  
Domínio Cognitivo-Motor

**Percepção dos professores do 1º ciclo do ensino básico  
face aos comportamentos perturbadores de crianças  
com Perturbação de Hiperactividade  
Com Défice de Atenção**

Maria de Fátima Pereira Cardoso

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de  
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da  
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio  
Cognitivo e Motor sob a orientação da  
Professora Doutora Cristina Saraiva Gonçalves

Lisboa, abril de 2013

## Resumo

Parece consensual na literatura que a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é das perturbações neurocomportamentais mais diagnosticadas, a que mais afecta a população em idade escolar.

O desenvolvimento de comportamentos anti-sociais e relacionais com pares e professores é um risco acrescido para estas crianças, resultando em dificuldades de adaptação no contexto escolar. Neste estudo, analisamos as percepções dos professores sobre o impacto que os problemas de comportamento destas crianças causam no quotidiano escolar.

O presente estudo pretende analisar uma amostra (N=100) de professores do primeiro ciclo do ensino básico, quanto ao seu conhecimento, percepções e práticas, perante tal perturbação. Para tal, o instrumento de medida mais adequado foi a construção de um questionário.

Da análise dos resultados verificou-se que a maior parte da amostra já teve contacto com a PHDA (59%), mas que os seus conhecimentos são manifestamente insuficientes. A PHDA gera impacto ao nível das actividades lectivas, destacando-se particularmente o efeito dos comportamentos de hiperactividade. Nas suas práticas junto destes alunos, os professores privilegiam a utilização de estratégias educativas específicas e de organização da sala de aula. Será essencial providenciar formação aos professores, de modo a poderem incrementar uma intervenção mais exacta e que promova o sucesso escolar destas crianças.

**Palavras-chave:** Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; Percepções e atitudes; Práticas educativas; Professores do Ensino Básico.

## **Abstract**

In the literature it seems consensual that Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most diagnosed neurobehavioural disorder and the one that affects more the school-age population.

The development of anti-social behaviour and relationships between peers and teachers is a growing risk to these children, resulting in adaptation difficulties in the school context. In this study, we analyse the teachers perceptions about the impact that the behavioural disorders of these children cause daily in school.

The present study wants to analyse a sample (N=100) of primary teachers, concerning their knowledge, perception and practice facing this disorder. For that, the most suitable measuring tool was to create a questionnaire.

Analysing the outcome, we verified that the vast majority of the sample has already had contact with ADHD (59%), but their knowledge is clearly not sufficient. The ADHD cause impact in the school activities, particularly the consequence of the hyperactivity behaviour. Throughout their practice with these pupils, teachers use mostly specific educational strategies and classroom management. It will be essential to provide workshops to teachers, so they can increasingly intervene in a more accurate way to promote the school success of these children.

**Keywords:** Attention Deficit-Hyperactivity Disorder; Perceptions and Attitudes; Educational Practices; Primary Teachers.

## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar o meu profundo e sincero agradecimento a todos os que tornaram possível a realização deste projecto.

Aos meus filhos, Pedro e Miguel, pelas horas ausentes e mais rabugentas.

Ao meu marido por me apoiar e incentivar a não desistir.

Aos meus pais pelo tempo dispensado aos meus filhos.

Aos meus colegas, essencialmente, à Ana, à Cláudia, à Isaura e à Sofia por me orientarem nesta caminhada.

Ao Professor Doutor Horácio Saraiva pela disponibilidade sempre demonstrada.

À Professora Doutora Cristina Gonçalves pelo apoio, orientação e carinho sempre demonstrados ao longo de todo o processo.

Bem hajam!

## LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
CEB	Ciclo do Ensino Básico
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DSM – III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – third Edition
KADDS	Knowledge of Attention Deficit Disorder

<b>Índice</b>	
<b>Índice de quadros</b> .....	<b>X</b>
<b>Índice de gráficos</b> .....	<b>XI</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>13</b>
<b>Capítulo I – Revisão da literatura</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1.1 – Evolução histórica do conceito da PHDA</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1.2 – Conceito actual de PHDA</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1.3 – Etiologia</b> .....	<b>22</b>
<b>1.1.4 – Mito e realidades na PHDA</b> .....	<b>27</b>
<b>1.1.5 – Comorbilidade e problemas associados</b> .....	<b>29</b>
a) Comorbilidade.....	29
b) Problemas associados.....	30
<b>1.1.6 Avaliação e metodologias</b> .....	<b>34</b>
<b>1.1.6.1 – Intervenientes no processo</b> .....	<b>35</b>
<b>1.1.7 – Instrumentos e metodologias de avaliação</b> .....	<b>37</b>
<b>1.1.8 – Intervenção na PHDA</b> .....	<b>41</b>
a) Intervenção farmacológica.....	43
b) Intervenção em contexto escolar.....	45
<b>2. – As percepções e atitudes do professor</b> .....	<b>51</b>
<b>2.1 – As percepções dos professores</b> .....	<b>51</b>
<b>2.2 – As atitudes dos professores</b> .....	<b>53</b>
<b>2.3 – As percepções e atitudes do professor face PHDA</b> .....	<b>56</b>
<b>Capítulo II – Metodologia de investigação</b> .....	<b>75</b>
<b>3.1 – Introdução</b> .....	<b>76</b>
<b>3.2 – Hipóteses</b> .....	<b>78</b>
<b>3.3 – Objectivos</b> .....	<b>78</b>
<b>3.4 – Metodologias de investigação</b> .....	<b>79</b>
<b>3.4.1 – Opção metodológica</b> .....	<b>80</b>
<b>3.5 – Instrumentos de recolha de dados</b> .....	<b>80</b>
<b>3.5.1 – O questionário</b> .....	<b>81</b>
<b>3.5.2 – Validação do questionário</b> .....	<b>82</b>
<b>3.6 – Amostra</b> .....	<b>83</b>
<b>Capítulo III – Apresentação dos resultados</b> .....	<b>84</b>
<b>4.1 – Introdução</b> .....	<b>85</b>
<b>4.2 – Caracterização da amostra</b> .....	<b>85</b>
<b>4.3 – Apresentação dos dados obtidos</b> .....	<b>87</b>

<b>Capítulo IV- Análise e discussão dos resultados.....</b>	<b>100</b>
<b>5 – Análise e discussão dos resultados.....</b>	<b>101</b>
<b>Conclusões.....</b>	<b>106</b>
<b>Capítulo V – Linhas futuras de investigação.....</b>	<b>110</b>
<b>6 – Linhas futuras de investigação.....</b>	<b>111</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>112</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>118</b>

## **Índice de quadros**

**Quadro 1** – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e Características associadas (APA,2002)

## Índice de Gráficos

**Gráfico 1** - Género

**Gráfico 2** – Idade

**Gráfico 3** – Habilitações profissionais

**Gráfico 4** – Tempo de serviço

**Gráfico 5** – No decorrer da sua actividade profissional alguma vez trabalhou com crianças com PHDA?

**Gráfico 6** – Se sim, sentiu dificuldades em trabalhar com essas crianças?

**Gráfico 7** – Se sim, assinale as dificuldades sentidas.

**Gráfico 8** – Acha que a sua formação inicial o capacitou para trabalhar com alunos com PHDA?

**Gráfico 9** – Já fez formação no âmbito de PHDA?

**Gráfico 10** – Como se sente face ao ensino de crianças com PHDA?

**Gráfico 11** – Sente necessidade de formação nesta área?

**Gráfico 12** – Assinale as características que o levam a suspeitar de uma situação de PHDA.

**Gráfico 13** – Classifique quanto à prevalência. A PHDA é:

**Gráfico 14** – Na sua opinião o que pode causar PHDA?

**Gráfico 15** – Na sua opinião qual(ais) a(s) forma(s) de intervenção mais profícua para a criança com PHDA?

**Gráfico 16** – Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos privilégios...).

**Gráfico 17** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)

**Gráfico 18** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...)

**Gráfico 19** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Time – out (tempo de afastamento da classe).

**Gráfico 20** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).

**Gráfico 21** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.

**Gráfico 22** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Sugerir à criança que relate o que está a fazer.

**Gráfico 23** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.

**Gráfico 24** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.

**Gráfico 25** – Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA - Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).

**Gráfico 26** – Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Repreendas verbais.

**Gráfico 27** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.

**Gráfico 28** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Ameaçar o aluno (Ex: "Se não começares a portar-te bem saís da salas).

**Gráfico 29** - Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.

---

## **Introdução**

---

## Introdução

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) refere-se a um diagnóstico aplicado a crianças que demonstram ter sinais de défice de atenção, impulsividade e hiperactividade (Barkley, 1990; Cantwell, 1996; 2000). Sendo a PHDA um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais que afectam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores, importa salientar, de acordo com Barkley (1995), que uma peça chave no sucesso educativo das crianças, com esta problemática, são os seus professores. Estes representam os seus alunos de acordo com um sistema geral de crenças estabelecidas através de estereótipos com que convive socialmente. Estas representações poderão influenciar o desenvolvimento real do aluno. Segundo vários estudos os professores têm um papel importante na precoce identificação do problema e posterior intervenção.

Tal como é feito para um vasto leque de dificuldades e défices apresentados pelas crianças e que têm repercussões no seu desempenho escolar, importa investir em estudos relativamente a esta problemática, principalmente ao nível do entendimento e conhecimento desta perturbação, assim como sobre a sua identificação e estratégias de intervenção, por parte dos professores. Deste modo, será possível identificar eventuais obstáculos e melhorar a eficácia da nossa actuação junto das crianças com esta perturbação (Pelham, Wheeler E Chronis, 1998; Sciotto Nolfi E Bluhm, 2004).

Dentro desta área, principalmente no que diz respeito à relação entre PHDA e contexto escolar, existe pouca informação disponível (Reid, Vasa, Maag E Wright, 1994). A literatura existente assenta, essencialmente, na importância da observação dos professores na identificação ou sobre a percepção que eles têm no que concerne ao uso de medicação. No entanto, e devido a tal, importa efectuar estudos que foquem outros aspectos, como o conhecimento geral sobre a problemática e sobre os critérios de diagnóstico, bem como as medidas de intervenção implementadas junto das crianças e jovens com PHDA (Amirkhan, 1982; Atkins, Pelhan E Litch, 1989; Brophy E McCaslin, 1992; DuPaul E Stoner, 1994; Gernayne, 1994; Hawkins, Martin, Blanchard E Brady, 1991; Jerome, Gordon E Hustler, 1994; Jerome, Washington, Laine E Segal, 1999).

Os professores têm um papel relevante no processo de sinalização e diagnóstico das crianças com PHDA é imprescindível analisar e compreender as suas percepções, uma vez que qualquer afastamento das informações reais e fidedignas poderá ter

importantes consequências, quer para a criança quer para o contexto escolar em que ela se insere (Melo, 2003; Ramirez E Shapiro, 2005; Sciotto e tal., 2004).

Atendendo à crescente importância que a PHDA tem tido, principalmente, nas duas últimas décadas, e tendo em conta a experiência profissional ao longo de 12 anos, esta problemática sempre despertou a nossa curiosidade e provocou várias interrogações. A PHDA começou a intrigar-nos, principalmente, devido ao contacto com crianças supostamente diagnosticadas com PHDA, algumas delas até medicadas. Surgiu a necessidade de discernir até que ponto o comportamento dos mais irrequietos, faladores, traquinas e com dificuldades de aprendizagem era compatível com esta Perturbação. Constatamos que os professores sentem-se angustiados com o facto de poderem ter um aluno com PHDA ou em lidar com os que já estão diagnosticados.

É típico desta perturbação um comportamento verdadeiramente desorientador, sobretudo em contexto de sala de aula, dado que se tratam de crianças irrequietas, impulsivas e desatentas, frequentemente, tidas como preguiçosas, imaturas e mal-educadas. Estas crianças conferem ao contexto escolar uma dinâmica muito diferente do esperado normal funcionamento.

Verificando-se que estas características provocam dificuldades escolares (Zental, S.1993), problemas de relação interpessoal com os pares e membros da família e baixa auto-estima ( Schachar, R. 1986).

A literatura de uma maneira geral aponta que na realidade existe uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciotto e tal.2000).

Sugere-se também que os professores têm geralmente pouco conhecimento sobre a natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, e que tendem a esconder as próprias percepções sobre intervenções apropriadas para esta população. (Piffner e Barkley (1990) cit Sciotto e tal. 2000).

Analisar as percepções dos professores relativamente ao problema é o objectivo central deste trabalho, no intuito de contribuir e ser uma mais-valia na prossecução de estratégias profícuas para lidar com esta perturbação. O facto de no nosso país o tema não ser muito abordado na formação de professores, reforça a pertinência deste trabalho, essencialmente, no que concerne às percepções e atitudes dos professores face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

---

## **Capítulo I**

### **Revisão de literatura**

---

## **Capítulo 1: A revisão da literatura**

### *1.1 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*

#### *1.1.1 Evolução histórica do conceito da PHDA*

A P.H.D.A. assumiu diversas denominações ao longo do tempo. As primeiras referências sobre hiperatividade parecem ter surgido num poema do psiquiatra alemão Heinrich Hoffman, em 1865 (cit. por Barkley, 1998) e as primeiras descrições científicas estão associadas a George Still (1902, cit. por Barkley, 1998) e a Alfred Tredgold (1908, cit. por Barkley, 1998).

No século XIX a P.H.D.A. era confundida com estados de Perversão (Bourneville, 1896), de Psicopatia (Kraepelin, 1898) ou Deficiência Mental (Philippe e Paul Bouncour, 1905 cit. por Abramson).

No início do século XX, a literatura apresenta como causa mais provável para a Hiperatividade, a Lesão Cerebral (Strauss e Lethinem, 1947, cit. Por Barkley 1988; Rutter, M. 1968).

A partir da primeira metade do século XX e, nos países de língua inglesa, a P.H.D.A. é encarada como um sintoma que se denomina de Hiperquinésia ou Hiperatividade com origem numa Lesão Cerebral possível de ser ou não detetada.

Surge a designação de Lesão Cerebral ou Lesão Cerebral Mínima para o Síndrome que inclui a Hiperquinésia, a Falta de Atenção, a Impulsividade e o Atraso Escolar.

A terapêutica utilizada resumia-se à administração de medicamentos que permitissem acalmar as crianças e viessem a surtir efeitos positivos ao nível do funcionamento cerebral.

Na literatura francesa aparece o termo de Instabilidade Psicomotora (impulsividade, falta de atenção, incapacidade de concentração, necessidade exagerada de movimento) e, que durante muito tempo foi associado a um sintoma de Lesão Cerebral.

Em 1959, Denhoff (cit. por Barkley, 2006) referiu que a perturbação seria uma disfunção cerebral, uma vez que não se comprovava evidência de lesão cerebral na maioria das crianças. A presença de comportamentos alterados nessas crianças sugeria evidências de alguma lesão cerebral, mesmo quando não houvesse lesão conhecida (Strauss e Kephart 1995 cit. por Barkley, 2006).

Surgia o conceito de Lesão Cerebral Mínima que se manteve até à década de 60 e que foi substituído pelo conceito de Disfunção Cerebral Mínima.

Nos anos 60, Chess (cit. por Lopes, 2003) relacionou o excesso de atividade com um sintoma central da doença, destacou a importância da construção de instrumentos objetivos de avaliação, afastou qualquer culpabilidade dos pais em relação aos problemas dos filhos e separou os conceitos de Síndrome de Hiperatividade e Síndrome de Lesão Cerebral.

No final dos anos 60, a evidência que associava a perturbação a uma base biológica começou a originar discussões sobre a existência da mesma. Alguns consideravam que a perturbação era uma tentativa de retirar aos pais a culpa de terem filhos mimados e mal educados.

No início da década de 70, a definição das características das crianças com PHDA ou hipercinéticas surgiu para atestar o que os investigadores antes afirmavam, como tendo apenas características associadas à impulsividade, falta de atenção, pouca tolerância à frustração, distração e agressividade (Marwitt & Stonner, 1972, Safer & Allen, 1976 cit. por Barkley 2006).

Nesta época, década de 70, a hiperatividade deixa de ser o factor essencial da perturbação. As investigações que surgem dão ênfase à importância do défice de atenção e impulsividade (Lopes, 2003).

A hiperatividade foi um dos distúrbios comportamentais mais estudados desde a década de 70. Mais de 2500 artigos, livros, conferências foram publicados sobre este estudo (Barkley 1983)

Na década de 80, alguns autores (Mattes, Guualtieri e Chelune, 1984 cit. por Barkley 2006) questionam o envolvimento dos lobos frontais na PHDA devido à semelhança entre os sintomas apresentados por pacientes com esta perturbação e aqueles que sofrem danos nos lobos frontais devido a acidentes ou outros problemas.

No final dos anos 80, a PHDA era uma condição de desenvolvimento deficiente, geralmente, de caráter permanente, tendo uma forte componente biológica e hereditária. Houve um grande enfoque na pesquisa das bases neurológicas e genéticas (Barkley, 2006).

A PHDA não é uma doença dos tempos modernos. Há mais de cem anos Still (1902, cit. por Lopes, 2003) descreveu um conjunto de crianças que manifestavam um excesso de

atividade motora e um escasso controlo de impulsos. Still defendeu que a criança possuía uma origem orgânica e identificou características físicas comuns às crianças hiperativas: cabeça demasiado grande, malformações no palato e vulnerabilidade às infeções.

Surge aceitação da ideia de que a hiperatividade não era o sintoma central, mas que o problema da atenção era mais significativo, por parte da Associação de Psiquiatria Americana (APA, 1980), no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM III), onde surge a designação de Distúrbio de Défice de Atenção (DDA). É o emanar de um novo paradigma, que leva à revisão dos conceitos relacionados com a atenção, enquanto processo cognitivo. Procedeu-se a um agrupamento de sintomas: atenção; impulsividade e hiperatividade.

Em 1987 a DSM III – Revista (R) traz algumas alterações, tais como: altera a denominação para Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção e termina com o agrupamento de sintomas em três grupos diferenciados para apenas um único grupo geral de sintomas. Em 1992 publica-se a CID 10, nesta nova versão encontra-se a designação de Distúrbio Hiperactivo, com vários subtipos.

Apesar de todas estas revisões nas classificações internacionais, ainda não é unânime a existência da PHDA como entidade própria.

Weinberg & Brumback (1992) discutem a existência do Síndrome e colocam em causa a sua inclusão no DSM III- R; por outro lado, Golden (1992) defende que existe um abuso indiscriminado da PHDA, enquanto diagnóstico e questiona, também, a subjetividade da avaliação dos comportamentos. Outros como Levine (1992) apoiam a existência da PHDA ao contribuírem com os seus estudos que apontam para boas hipóteses etiológicas. Sunder (1992) corrobora com estudos biológicos os contributos de Levine.

Lucas (1992) refere que todas as dificuldades conceptuais devem-se às diferentes perspectivas apresentadas pela OMS e pela APA e, aos vários estudos epidemiológicos, realizados em diferentes países, com resultados contraditórios. Com a publicação da DSM IV (1994), que divulga critérios de diagnóstico mais parecidos à DSM III, começa a existir um maior consenso e maior aceitação dos critérios de diagnóstico, aceites até hoje. A APA apresenta três formas clínicas da PHDA: tipo combinado, com predomínio de Défice de Atenção e com predomínio de hiperatividade e Impulsividade.

Apesar de PHDA ser aceite como entidade nosológica, continuam a surgir novos estudos que contribuem para uma revisão conceptual, para a qual têm contribuído diferentes ciências, com os seus avanços tecnológicos.

### 1.1.2 – Conceito Actual de PHDA

Actualmente, no que se refere à definição da perturbação e das formas de diagnóstico surgem sobretudo três grandes perspectivas: a Americana, a Francesa e a Organização Mundial de Saúde. No entanto, a Associação Americana de Psiquiatria é a que mais se tem evidenciado no estudo das crianças com PHDA.

Uma das definições mais usadas pela Psiquiatria Americana e, presentemente, também, pela Europa é a da revisão da 4ª edição do Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM IV1 – TR, 2002) e a que passaremos em seguida a referir.

Relativamente ao diagnóstico da PHDA, o DSM IV – TR (APA2, 2002) refere que a perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas numa lista de dezoito, metade destes relacionados com problemas de atenção, e a outra metade relacionada com problemas de hiperactividade/impulsividade.

### **Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e**

#### **Características associadas (APA, 2002)**

A. (1) ou (2):
(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.
Falta de Atenção
(a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas;
(b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
(c) Com frequência parece não ouvir quando se lhe derigem directamente;
(d) Com frequência não segue as instruções e não os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem se quer por oposição ou por incompreensão das instruções);
(e) Com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou actividades;
(f) Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em

<p>tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);</p> <p>(g) Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);</p> <p>(h) Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;</p> <p>(i) Esquece-se com frequência das actividades quotidianas.</p> <p>2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade – impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.</p>
<p>Hiperactividade</p>
<p>(a) Com frequência movimenta-se excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;</p> <p>(b) Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;</p> <p>(c) Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adulto pode limitar-se a sentimentos de impaciência);</p> <p>(d) Com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;</p> <p>(e) Com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;</p> <p>(f) Com frequência fala em excesso.</p>
<p>Impulsividade</p>
<p>(g) Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;</p> <p>(h) Com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;</p> <p>(i) Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).</p>
<p>Características Associadas</p>
<p>A) A característica essencial de PHDA é um padrão persistente de falta de atenção e ou impulsividade – hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento;</p> <p>B) Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Contudo, muitos sujeitos são diagnosticados depois de os sintomas terem</p>

estado presentes durante vários anos, especialmente no caso de indivíduos com Tipo Predominantemente Desatento;

- C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações (por exemplo em casa, na escola ou no trabalho);
- D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral;
- E) A perturbação não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação de Humor, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

(DSM – IV – TR, 2002,p.85)

**Quadro 1:** Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e Características associadas (APA, 2002)

Segundo Barkley (2006), a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento, caracterizado por níveis desajustados de atenção, actividade e impulsividade (tal como na APA). Estes têm início, frequentemente, no início da infância e são de natureza relativamente crónica; podem ser devidos a vários factores, tais como: lesão neurológica; défice sensorial; problema mental e perturbação emocional grave. Segundo o mesmo autor, a PHDA é um distúrbio genético, concomitante com um metabolismo deficiente ao nível dos neurotransmissores. Este problema interfere com a actividade cerebral, a qual comanda o centro de inibição do comportamento, a auto-organização, o auto controle e a capacidade para interferir o futuro, levando a graves dificuldades no que diz respeito à administração eficaz dos aspectos críticos do dia-a-dia. Por tudo isto torna-se necessário um tratamento adequado.

A PHDA é uma perturbação bio-psico-social, ou seja, apresenta dimensões de ordem genética, biológica, social e vivencial que concorrem para a sua intensidade. Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência e preguiça são algumas das características atribuídas a estas crianças (Lopes, 2004).

A Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva entende a PHDA com tendo um carácter crónico e a sua etiologia baseia-se numa base genética e neurológica. Os indivíduos, principalmente, as crianças e adolescentes, com esta perturbação apresentam um grave problema ao nível da inibição da actividade e do comportamento,

assim como grave dificuldade em manter a atenção nas tarefas propostas. Estas alterações não estão em consonância com o nível de desenvolvimento do indivíduo. A PHDA pode surgir em diferentes contextos da vida (principalmente em casa e na escola) e interferir severamente no funcionamento diário, conduzindo ao aparecimento de várias consequências: tais como: fraco rendimento escolar; dificuldades no relacionamento com os pares e maior propensão a acidentes. Esta problemática pode atravessar a vida de um indivíduo e chegar à fase adulta, podendo provocar conflitos familiares, conjugais e profissionais. Para travar este processo é imprescindível uma intervenção adequada logo que surjam os primeiros sintomas.

### *1.1.3 - Etiologia*

A PHDA é uma das perturbações da infância e adolescência mais estudadas e documentadas ao longo do tempo. Contudo, a investigação tem demonstrado grande dificuldade em atribuir uma etiologia à perturbação, preferindo antes, falar de um conjunto de factores que poderão estar na base da sua origem. Cook (1999; cit in Lourenço, 2009) refere-se a “Factores de Risco”, “Factores de Protecção”, “Factores de Susceptibilidade ou de Vulnerabilidade”. A este propósito Lopes (2004) reporta-se à existência de “tendências firmes quanto àquilo que eventualmente pode e quanto àquilo que certamente não pode provocar” a PHDA (p.133). Para este autor, as causas desta perturbação, e de um modo geral para toda a comunidade científica, têm mais a ver com factores internos do próprio indivíduo do que com factores externos relativos ao meio, como a certa altura se acreditou (Lopes, 2004). No entanto, outros autores apontam a origem da PHDA para as interacções que se estabelecem entre “vários factores de risco ambientais e biológicos” (Connors, 2009; p. 14).

Através das breves referências que acabamos de fazer, percebe-se que a etiologia da PHDA está relacionada com um conjunto de factores que podem predispor o indivíduo para a perturbação. Desde os anos oitenta que têm sido reunidas uma série de evidências que possibilitam na actualidade relacionar a PHDA com potenciais causas. Assim sendo, a investigação agrupa as possíveis causas das PHDA em três grandes linhas de pesquisa: os factores neurológicos; os factores genéticos; e os factores ambientais. A par com as linhas referidas, surge ainda uma outra, não tanto para explicar a origem da PHDA, mas antes para desmistificar algumas das hipóteses que surgiram associadas à PHDA, e que se transformaram em mitos.

Os estudos neurológicos relacionam as causas da PHDA com hipotéticas lesões cerebrais. Foram identificadas semelhanças entre problemas de comportamento apresentados por crianças com PHDA e indivíduos que tinham sofrido lesões cerebrais na área frontal do cérebro. Esta área particular do cérebro (região fronto-orbital) parece ser responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, pelo autocontrole e pelo planeamento do futuro. No entanto, apesar de inicialmente se acreditar que a PHDA se devia a lesões cerebrais, causadas por infecções (encefalites e meningites), traumas por quedas, complicações na gravidez ou no parto, sabe-se, através de pesquisas mais recentes, que somente 5-10 % das crianças poderão ter desenvolvido PHDA por lesão cerebral. Esta linha de investigação recolheu evidências que associam a PHDA a diferenças estruturais e/ou funcionais em determinadas áreas cerebrais como os lobos frontais, os gânglios da base, e o cerebelo. (Barkley, 2002, Lopes, 2004; Barkley, 2006).

De encontro ao que foi dito anteriormente, a investigação passou a debruçar-se sobre eventuais alterações do desenvolvimento do cérebro responsáveis pelo aparecimento da perturbação. Surgem as primeiras investigações sobre a chamada bioquímica cerebral.

Segundo com Parker (2003) as evidências de alterações nas regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção em crianças com PHDA são cada vez mais coesas. Através de estudos com animais e humanos apurou-se que os sintomas da hiperactividade podem ser modificados recorrendo à utilização de químicos ao nível dos neurotransmissores. Estes são responsáveis nos humanos e nos animais pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição (Parker, 2003). Qualquer alteração nos seus níveis químicos tem alterações significativas, em termos disruptivos, ao nível do nosso comportamento e das nossas emoções. No caso da PHDA parece que alguns neurotransmissores, concretamente a dopamina e a noradrenalina, se encontram diminuídos nos indivíduos com a perturbação. A diminuição destas substâncias, em áreas do cérebro responsáveis pela organização do pensamento, ocasiona um funcionamento do mesmo deficitário (Barkley, 2002; Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007; Barkley, 2006). Os estudos não revelam ainda, a forma exacta como estes químicos influenciam o “aparecimento” e evolução dos sintomas nestas crianças, mas são considerados uma base explicativa para a causa da PHDA (Parker, 2003).

Outra linha de estudos recaiu sobre a medição da actividade cerebral em crianças com PHDA, comparativamente a crianças sem PHDA. Estes estudos revelaram, a existência de actividade cerebral mais baixa na área frontal do cérebro, visível ao nível da

actividade eléctrica e do fluxo sanguíneo. Verificou-se que crianças com PHDA apresentavam redução desta actividade quando solicitadas a realizar determinadas tarefas mentais e que essa diminuição poderia ser regulada para padrões próximos da normalidade, com a administração de medicamentos estimulantes (Buschsbaum & Wender, 1973, cit in Barkley, 2002). De igual modo, verificou-se que a redução do fluxo sanguíneo, num grupo de crianças com PHDA investigado por Lou, Henricksen & Hind (1989; cit in Barkley, 2002), particularmente numa área específica do cérebro, chamada núcleo caudado, e que faz parte do corpo estriado. Esta área é muito importante na inibição do comportamento e na manutenção da atenção. O núcleo caudado está ligado ao sistema límbico, que é responsável nos humanos pelo controle das emoções, pela motivação e pela memória (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Barkley, 2006).

Há estudos onde foram também detectadas diferenças em determinadas regiões do cérebro de crianças com PHDA. Essas regiões (corpo caloso, várias estruturas nos gânglios da base e cerebelo) tendiam a ser significativamente menores, quando comparadas com crianças sem a perturbação (Barkley, 2002; Middleton & Faraone, 2007; citi in Julio, 2009; Taylor et al, 2004; cit in Julio, 2009).

Na opinião de Barkley (2002), todas as descobertas realizadas no âmbito das linhas de pesquisa referidas, associam a área anterior do cérebro, denominada *região fronto-orbital*, ao desenvolvimento da PHDA. Esta região está ligada por feixes de fibras nervosas ao núcleo caudado que por sua vez, se liga ao sistema límbico. Segundo o mesmo autor, estas zonas do cérebro ajudam-nos a inibir o nosso comportamento, a mantermos a atenção e a inibirmos as respostas. Estão também associadas à inibição e ao controle das emoções e da motivação, ajudando-nos no uso da linguagem, ao nível das regras e instruções. Estas regiões do cérebro, são ricas em dopamina, o que pode indicar que não há produção suficiente deste composto químico em indivíduos com PHDA e aí estar a explicação para a perturbação (p.85).

As diferenças encontradas em determinadas áreas do cérebro de crianças com PHDA, nomeadamente ao nível da sua composição química, do seu desenvolvimento e da sua activação, são um desafio para a investigação, no sentido de se perceber porque razão tal acontece. Em resposta a esta questão surgem novas linhas de investigação que apontam possíveis causas, decorrentes dos chamados factores genéticos/hereditariedade e de factores ambientais.

Os estudos sobre a hereditariedade demonstraram que os familiares biológicos de crianças com PHDA manifestam mais problemas psicológicos, nomeadamente depressão, alcoolismo, perturbações de conduta ou de comportamento anti-social e

hiperactividade, do que os parentes de crianças sem PHDA. Estas constatações sugerem que poderá haver uma predisposição genética para o transtorno (Lopes, 2004; Barkley, 2006). Esta ideia encontrou eco numa série de estudos recentes que associam a manifestação da PHDA a diferentes elementos da mesma família. Numa percentagem significativa de famílias estudadas, com crianças com PHDA, descobriram-se parentes próximos (pai, tio, mãe, tia...) com a mesma perturbação. Outros estudos realizados com gémeos durante a década de 90 explicam, entre 50 a 97% das características da PHDA, sendo o valor médio de 80% (Barkley 2002; Parker, 2003; Lopes, 2004; Barkley, 2006); DuPaul & Stoner, 2007). Estas descobertas, a par com a evolução das neuroimagens, orientaram a investigação para a busca das razões que explicam a vertente hereditária da PHDA, sobretudo através da genética.

A investigação no campo da genética molecular tem vindo a caminhar para a identificação de genes específicos que podem estar relacionados com a PHDA. Assim, foram já reconhecidos dois genes, envolvidos na recepção e no transporte da dopamina. O primeiro (DRD4) parece estar relacionado com uma dimensão da personalidade relacionada com a procura de novidades. Neste caso, as crianças com PHDA apresentam uma maior tendência para ter uma forma específica deste gene. Estas crianças evidenciam em maior grau, comportamentos associados à procura de sensações, de correr riscos, de impulsividade e de inquietação, do que o que é considerado característico para a população normal. O segundo gene (DAT1) está implicado no mecanismo da dopamina no cérebro, ao nível das regiões de comunicação entre os neurónios (sinapses), que neste caso parece ter a ver com a velocidade com que a dopamina é removida da sinapse. Esta alteração resulta num processo defeituoso da dopamina. Como já foi dito anteriormente, quando são administrados medicamentos estimulantes esta alteração é corrigida (Barkley, 2002; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007; Vera, Ruano, & Ramirez, 2007).

Apesar das evidências referidas serem considerados pela comunidade científica como passos muito importantes para o esclarecimento de toda a questão que envolve a definição etiológica da PHDA, importa salientar, que a mesma levanta uma outra questão que se prende com os estudos genéticos sobre o comportamento. Esta perspectiva de investigação vê a PHDA como uma perturbação dimensional e não categórica. Exibimos sintomas desta perturbação pontualmente, sendo que o que destaca as crianças com o diagnóstico dos seus pares sem o diagnóstico é a sua predisposição genética para apresentarem esses sintomas num grau significativamente superior ao considerado normal para a idade e género em questão. (Levy et al, 1997; cit in DuPaul & Stoner, 2007). Barkley (2002) coloca a PHDA no mesmo patamar de outros

traços humanos, também eles geneticamente determinados como, são por exemplo o peso ou a altura. Neste caso o traço da inibição do comportamento ou do autocontrole representa uma dimensão das habilidades humanas e varia consoante aquilo que nós herdamos (p.90).

A literatura, também menciona factores de ordem ambiental associados à origem da PHDA, sobretudo o consumo de substâncias, como o álcool e as drogas, durante a gravidez. A exposição ao chumbo tem sido outro dos factores associados à perturbação, alvo de investigação de investigação.

Existem evidências de que o consumo de cigarros e bebidas alcoólicas durante a gravidez é responsável pelo desenvolvimento anormal de determinadas áreas do cérebro, como o núcleo caudado e as regiões frontais do cérebro. De acordo com um estudo realizado em 1975 e referido por Barkley (2002), comparando mães de crianças hiperactivas e mães de crianças sem a perturbação, apurou-se que as primeiras, consumidoras de cigarros em mais do dobro do que as segundas, tiveram filhos com dificuldades de aprendizagem na leitura. O mesmo autor refere um outro estudo de 1992, onde se investigou a exposição directa ao fumo do cigarro durante a gravidez e a exposição indirecta após a gravidez, verificando-se um aumento da probabilidade daquelas crianças virem a ter problemas significativos de comportamento (p.89). Estas evidências foram mais tarde investigadas, por Milberger e colaboradores (1996; Cit in Barkley, 2002; cit in DuPaul & Stoner, 2007) e relacionadas com a PHDA. Assim sendo, parece existir uma relação significativa entre a quantidade de cigarros fumados durante a gravidez e o risco para a PHDA. Do mesmo modo, os filhos de mães alcoólicas têm maior probabilidade de apresentarem problemas de comportamento relacionados com hiperactividade e falta de atenção. A quantidade de álcool consumida parece estar directamente relacionada com o grau de risco de falta de atenção e hiperactividade (Lopes, 2004; Barkley, 2002; p. 87).

Os resultados dos estudos referidos indicam que as mães aumentam o risco dos seus filhos terem PHDA, pelo hábito de fumar e pelo consumo de álcool, durante a gravidez. Este risco aumenta se a mãe possuir a perturbação (Barkley, 2002).

O baixo peso á nascença é outro dos factores associado ao risco de se vir a ter PHDA, numa proporção que varia entre 5 a 7 vezes mais do que para a população normal. Isto deve-se ao facto destas crianças apresentarem um alto risco de pequenas hemorragias cerebrais. Barkley (2002) refere que mais de 40% das crianças que apresentavam

pequenas hemorragias cerebrais, foram diagnosticados com PHDA na infância (Barkley, 2002; Barkley, 2006).

De acordo com Barkley, (2002) a exposição ao chumbo parece estar também associada a maior risco de aparecimento de sintomas de hiperactividade e falta de atenção, especialmente se essa exposição ocorrer entre os 12 e os 36 meses de idade. Num estudo realizado em 1979 apurou-se que cerca de 36% de crianças com níveis elevados de chumbo foram descritas pelos seus professores como desatentas, distraídas, impulsivas e hiperactivas. Embora este factor seja uma toxina para o tecido nervoso, como foi comprovado por estudos realizados em animais, estudos mais recente atribuem-lhe uma importância menor, no que diz respeito à sua responsabilidade no aumento da sintomatologia relacionada com a PHDA. De acordo com Barkley (2002) não mais de 4% da variância na expressão da sintomatologia associada à PHDA, em crianças com elevados níveis de chumbo, é explicada pelos seus níveis (p.230).

#### *1.1.4- Mitos e realidades na PHDA*

Uma das questões que mais tem contribuído para toda a controvérsia que se tem gerado à volta da PHDA é a atribuição das suas origens a causas sem base científica. Aqui se incluem alguns dos mais conhecidos e divulgados mitos sobre a perturbação.

Em tempos acreditou-se numa ligação entre a PHDA e o tipo de alimentação. Esta teoria surgiu nos anos 70 e 80 por Feingold (1975; cit in Lopes, 2004) e assentava na ideia de que a PHDA era provocada pelos aditivos químicos dos alimentos. Foi contraposta por vários outros estudos que não encontraram evidências que a comprovassem, tendo sido mais tarde substituída, pela ideia, de que a PHDA seria ocasionada pela ingestão excessiva de açúcares. Tal como referimos, anteriormente, também neste caso se realizaram outros estudos, que não encontraram qualquer relação entre a ingestão de açúcar e a PHDA.

Outras conjecturas, relacionadas com a influência da dieta na PHDA, tais como a sobredosagem vitamínica, não encontraram suporte em evidências científicas.

O excesso de televisão tem sido outras das causas que aparece associada à PHDA. Alguns estudos relacionam a televisão com problemas de atenção aquando da entrada para a escola e na adolescência. Desses estudos destacamos o estudo levado a cabo por Christakis e colaboradores, em 2004, que avaliou 1278 crianças de 1 ano de idade e

1345 crianças de 3 anos de idade. Os resultados apurados indicam um risco agravado de virem a apresentar problemas de atenção aos 7 anos, na ordem dos 10%, para as crianças que vêm pelo menos uma hora de televisão por dia. Contudo, o mesmo estudo não encontrou associação entre o visionamento de televisão e um potencial diagnóstico de PHDA. (Christakis, Zimmerman, DiGiuseppe, & McCarty, 2004). Os resultados deste estudo foram mais tarde verificados por Stevens & Mulson (2006), atendendo a algumas questões metodológicas que anteriormente não tinham sido consideradas, nomeadamente o controle de determinadas variáveis (estatuto sócio económico e o envolvimento parental). Foi avaliado um maior número de crianças, constituindo-se a amostra a partir de dados representativos a nível nacional (Estudo Longitudinal da Primeira Infância), com o objectivo de investigar a relação entre o tempo de exposição à televisão durante a idade de frequência do jardim de Infância e a posterior existência de sintomas de PHDA no primeiro ano do Ensino Básico. Os dados apurados indicam que o tempo de exposição à televisão durante o período de Jardim de Infância está relacionado com a existência de sintomas de PHDA no primeiro ano de escolaridade. No entanto, e tendo em conta a variabilidade dos sintomas da PHDA, verificou-se que a exposição à televisão é um fraco preditor dos sintomas de PHDA, uma vez que o seu valor se encontrava muito próximo de zero não tendo por isso qualquer significado estatístico. As diferenças encontradas entre os dois estudos resultam, segundo os autores de aspectos metodológicos, nomeadamente a idade dos participantes, a avaliação dos sintomas de PHDA e o controlo das demais variáveis (Stevens & Mulson, 2006;).

Os efeitos que a televisão possa ter sobre a predisposição para se desenvolver uma PHDA, está ainda por determinar e para alguns autores esta associação não é sequer considerada, uma vez que os estudos realizados com gémeos comprovam que ela não existe. O ambiente que dois irmãos gémeos dividem não contribui, significativamente, para as diferenças entre crianças com maior grau de sintomas de PHDA. A exposição à televisão faz parte do ambiente partilhado, pelo que ver televisão não contribui para a PHDA. Do mesmo modo, não está provado que crianças com PHDA vejam mais televisão que os seus pares sem PHDA (Barkley, 2002; p.97).

A procura das origens ou causas da PHDA tem abarcado diferentes perspectivas de investigação, com destaque para aquelas que apresentam uma maior sustentabilidade científica. De acordo com as referências feitas, os factores neurológicos e genéticos desempenham um papel substancial na sintomatologia da PHDA e na sua ocorrência. Parece existir uma influência hereditária, que ocasiona alterações ao nível químico no

funcionamento cerebral, que predispõem as crianças a exibirem, em maior grau do que a média, comportamentos de impulsividade, de hiperactividade e de falta de atenção. Embora os factores neuro biológicos sejam os prováveis geradores da PHDA, importa referir que os factores ambientais não podem ser descurados neste processo, não como causadores da perturbação mas, com responsabilidade na gestão da sintomatologia da PHDA e nas formas comorbidas associadas à perturbação. (Barkley, 2002;Lopes, 2004; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007).

#### *1.1.5 - Comorbilidade e problemas associados*

##### *a) Comorbilidade*

Existem inúmeras dúvidas quanto à etiologia da PHDA. A existência dessas dúvidas deve-se, em parte, a várias perturbações e problemas existentes, que apresentam sintomas idênticos aos da PHDA. Em muitos casos, essas perturbações ou problemas podem, também, surgir em simultâneo com a mesma. São situações de comorbilidade, às quais devemos dar a devida atenção e que devem ser tratadas simultaneamente, embora atendendo às suas especificidades.

A existência de comorbilidade, não faz com que haja relação directa entre os diferentes problemas, existe, sim referência a alta probabilidade de associação das ditas patologias no mesmo indivíduo.

Segundo Artigas-Pallarés (2003) as perturbações que mais apresentam comorbilidade com a PHDA são as seguintes: síndrome de Tourette/perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação generalizada do desenvolvimento, perturbação autista, perturbação de Asperger, perturbação generalizada do desenvolvimento não especificada, perturbação da comunicação, perturbação da aprendizagem, dislexia, discalculia, disgrafia, perturbação de coordenação motora, perturbação de oposição e conduta, perturbação do humor e ansiedade, depressão e outros problemas afectivos, e atraso mental. Dada a elevada taxa de comorbilidade da PHDA, é importante realizar-se um diagnóstico diferencial, bem aferido, tendo em conta todos os critérios apresentados no DSM – IV- TR (2002), bem como identificar os problemas associados a fim de racionalizar a abordagem psicológica e os tratamentos farmacológicos empregues.

## *b) Problemas associados*

Para além das situações de comorbilidade, é importante salientar quais os principais problemas associados a esta problemática. Devemos abordar os que mais comprometem a qualidade de vida das crianças com PHDA. Assim, temos os problemas relacionados com as Dificuldades de Aprendizagem e os problemas relacionados com o Funcionamento Social e Emocional.

### ➤ Dificuldades de Aprendizagem

Uma criança ou adolescente com PHDA tem uma maior probabilidade de apresentar Dificuldades de Aprendizagem, por vezes estas crianças têm um rendimento académico muito inferior às suas capacidades intelectuais. Geralmente esta problemática coloca vários obstáculos à aprendizagem dos alunos. O défice de atenção é a causa principal da existência de um rendimento escolar abaixo das possibilidades da criança. O défice de atenção implica uma dificuldade em seleccionar os estímulos de forma adequada. Quando a informação chega a estas crianças, elas fixam-se em detalhes mínimos e não são capazes de apreender a ideia principal. Assim, quando respondem a uma pergunta, podem fazê-lo pela tangente e, nos seus trabalhos, distribuem mal o tempo. Se não somos capazes de estar atentos a uma informação, dificilmente conseguimos apreendê-la, integrá-la e armazená-la. Estas crianças têm uma auto-monitorização inadequada (ausência de controlo de qualidade). Elas cometem erros pelo facto de concluírem e entregarem os trabalhos de forma precipitada. Quando lêem em voz alta, enganam-se nas palavras porque não verificam se a palavra faz sentido naquela frase específica, antes de a dizer. Isto deve-se à falta de atenção mas também à impulsividade e falta de auto-monitorização. Também a dificuldade em manter o esforço dificulta o sucesso educativo. Estas crianças têm muita dificuldade em manter a atenção em actividades que não lhes geram interesse. Aborrecem-se e desconcentram-se nas tarefas escolares. Esta falta de perseverança afecta, significativamente, o rendimento nos primeiros anos de escolaridade. Estas crianças cansam-se facilmente em trabalhos que exigem a sua concentração e é natural que os evitem (Parker, 2003). A memória está intimamente associada à PHDA, sendo difícil separar os problemas de atenção dos

problemas de memória. Normalmente, estas crianças têm uma boa memória a longo prazo mas, a sua memória a curto prazo está bastante comprometida. Recordam-se do que aconteceu há um ano, mas têm muita dificuldade em reproduzir o que se lhes acabou de explicar. Assim sendo, a maioria destas crianças apresenta dificuldade em recordar instruções e em reter informação sequencial (e.g. dificuldade em recordar listas, confundem os passos para resolver o problema...). A memória de trabalho refere-se à capacidade de reter vários tipos de informação ao mesmo tempo. Se não somos capazes de representar mentalmente vários números, não podemos fazer cálculos mentais. Se não formos capazes de recordar as palavras do princípio de um parágrafo quando chegamos ao fim não conseguimos compreender o que lemos. Na linguagem, a memória de trabalho ajuda-nos a combinar palavras mentalmente para conseguir o máximo impacto ao utilizá-las oralmente ou por escrito. Associada à impulsividade, surgem os problemas ao nível do controlo executivo. Esta capacidade permite a quem tem esta perturbação reflectir e planear antes de actuar. Assim estabelecer prioridades, planificar, organizar o tempo, antecipar consequências, aprender com a experiência e sintonizar socialmente, tornam-se tarefas muito difíceis.

As dificuldades de aprendizagem apresentadas pelas crianças em idade escolar com PHDA, são mais notórias nas áreas em que a criança necessita de desenvolver estratégias de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho, sendo estas dificuldades resultantes de um insuficiente esforço para a concretização da tarefa, mais do que a falta de capacidade para a sua realização (DuPaul & Stoner, 2007; Lopes, 2004).

Já para Fonseca (1998, pp. 28-29), “a taxa de sobreposição pode variar de 10% a 50%, sendo muito superior ao que seria de esperar de uma distribuição aleatória na população geral”, referindo ainda que a associação entre hiperactividade e dificuldades de aprendizagem parece continuar a manifestar-se na adolescência, “encontrando-se por isso, em maior risco de insucesso e de abandono precoce da escola”.

Outra área que pode contribuir, nas crianças com esta perturbação, para o aumento de problemas associados ao sucesso escolar, prende-se com o facto de estarem mais propensas a apresentarem problemas a nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem (com uma incidência que varia entre os 35 e os 50%). Podem surgir dificuldades em expressarem-se porque a fala não consegue acompanhar a velocidade da mente, “comem” palavras ou aparecem as “brancas”, dificultando a comunicação, pois tanto a linguagem oral como a escrita requerem planeamento de sequências de palavras, frases, parágrafos, entre outros requisitos.

A atenção e a memória (precárias em quem tem PHDA) são fundamentais para que se adquira habilidades de compreensão e de formulação da linguagem adequada, estimando-se que 20% a 30% das crianças com PHDA apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender. De acordo com Barkley (cit. in Lopes, 1998) estes problemas não traduzem um atraso global na linguagem, no entanto há alguns problemas que se reflectem mais na linguagem expressiva do que na linguagem receptiva. Estas crianças costumam ter uma forma muito própria de se expressarem, respondem sem ter ouvido a pergunta, interrompem as conversas dos outros e são muito desorganizadas. O seu discurso pode necessitar de uma linha narrativa clara, saltando de um assunto para outro. Com a dificuldade em seleccionar o essencial do acessório, são capazes de se perderem em pormenores irrelevantes e podem não saber dar uma ideia de conjunto ao seu discurso. Os seus relatos costumam ser muito interrompidos por hesitações “mmms”, “ahhs...” que podem ocultar a dificuldade real em encontrar uma palavra adequada. Quando se lhes colocam perguntas abertas, podem responder “não sei” ou “não me lembro” para não terem que se esforçar a organizar o discurso.

Há estudos que revelam que 52% das crianças com PHDA apresentam problemas com a coordenação motora fina e grossa, comparado com 35 % nas que não apresentam. Este problema interfere com a caligrafia e a escrita e são, frequentemente, relatados pelos professores (Barkley, 1998).

As crianças com PHDA apresentam, amiúde, problemas de cálculo mental e muitas delas têm também dificuldades específicas na área da matemática. Não têm dificuldades em reproduzir números de memória e podem contar por correspondência (e.g. utilizam os dedos) mas quando se lhes retira esse suporte começam os problemas. Muitas crianças têm também associada discalculia – dificuldade em entender o tamanho relativo das figuras, aprender as tabuadas, recordar sequências de números, entender o significado dos sinais e compreender conceitos matemáticos avançados.

➤ Problemas relacionados com o Funcionamento Social e Emocional

Para Barkley (1998), os aspectos sociais são muito importantes, uma vez que estes podem determinar se as crianças com PHDA vão ou não apresentar transtornos concomitantes, ligados ao emocional. Assim, cerca de 60% apresenta um transtorno de oposição, que os pode transformar em agressivos; aproximadamente 20% são anti-sociais, consomem drogas, usam armas, entre outros comportamentos considerados de

risco; os outros 20% sofrem de transtornos ligados a problemas ansiógenos e depressivos.

Estudos realizados e com resultados variáveis apontam uma coexistência de hiperactividade com ansiedade, assim como a sobreposição de hiperactividade com depressão. Os mesmos referem que o grupo misto de hiperactividade e depressivo forma um tipo diferente de distúrbio, uma forma de psicopatologia grave caracterizada por uma desregulação do humor que leva muitas vezes à necessidade de hospitalização, podendo mesmo produzir incapacidade. Estudos indicam que as taxas de prevalência de hiperactividade em crianças depressivas variem entre os 57% e os 95%. A variação de taxas apresentadas por estes estudos, torna difícil determinar se os distúrbios de atenção, desorganização e hiperactividade são um reflexo de um distúrbio hipercinético ou de um distúrbio de ansiedade (Fonseca, 1998).

As crianças com PHDA têm tendência para serem agitadas e preocupadas a respeito de tudo e têm dificuldade em concentrar a atenção, em certas ocasiões, para o que é necessário. Devido ao esquecimento frequente e à dificuldade de organização é natural que sintam uma certa ansiedade em saber se estão ou não a esquecer de alguma coisa. Mas esta ansiedade natural pode acabar por se tornar patológica.

Há literatura actual que considera que os problemas que as crianças com PHDA apresentam estão, intimamente, ligados com o relacionamento social, com a percepção social e auto-imagem e de integração social, rondem os 50%. Estas crianças apresentam dificuldades significativas e duradouras de relacionamento interpessoal. Frequentemente, são descritas como agressivas, abusivas, perturbadoras, dominadoras e inconvenientes e tendem a ser mal-humoradas, irritadiças e negativas e socialmente rejeitadas, principalmente se forem rapazes. (Lopes, 1998, 2004).

Na PHDA, os sentimentos de tristeza, abandono e baixa auto-estima são resultado das dificuldades de aprendizagem, problemas que se alongam no tempo; a falta de atenção é global e estão presentes uma grande excitação, bem como a impulsividade e a hiperactividade.

Segundo Fonseca (1998) a coexistência de hiperactividade com os distúrbios do comportamento tem sido verificada em resultados de muitos estudos realizados. Vários estudos apontam para problemas de relacionamento interpessoal, “de percepção social, de auto-imagem e de integração social das crianças que exibem problemas de comportamento em geral e, das crianças hiperactivas, em particular” (Lopes, 1998, p.74).

### 1.1.6 – Avaliação e metodologias

Os sintomas da PHDA são inespecíficos e não existe, infelizmente, nenhuma análise ao sangue ou à urina ou algum tipo de “raio x”, que permita fazer um diagnóstico rápido e preciso relativamente a se uma criança apresenta ou não esta perturbação. A avaliação e diagnóstico desta problemática constituem, assim, um processo complexo, sendo necessário recorrer a múltiplas fontes de informação para garantir a sua maior eficácia. A avaliação da PHDA deve incluir diferentes domínios, bem como o uso de várias metodologias e instrumentos. Esta avaliação deverá permitir estabelecer o diagnóstico, a possível direcção do percurso interventivo (considerando as características idiossincráticas de cada sujeito), as situações de comorbilidade e ainda identificar as áreas fortes e fracas, ao nível das suas aptidões (Barkley, 1998).

O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais que estão sujeitos a subjectividade na avaliação. Muitos profissionais utilizam os critérios DSM-IV desenvolvidos pela APA. De acordo com esta classificação, a criança com PHDA pode pertencer a um de três subtipos, tomando como referência o predomínio de sintomas de desatenção e hiperactividade-impulsividade: combinado ou misto, em que coexistem os dois tipos de sintomas, preenchendo pelo menos seis dos nove comportamentos de ambas as categorias; predominantemente desatento, quando preenchem pelo menos seis dos nove comportamentos de desatenção e predominantemente hiperactivo e impulsivo, quando preenchem pelo menos seis dos nove comportamentos de hiperactividade-impulsividade.

É ainda importante que os sintomas persistam por mais de 6 meses, se tenham iniciado antes dos 7 anos, sejam claramente inapropriados à idade e ao nível de desenvolvimento da criança e se verifiquem em diferentes contextos, nomeadamente em casa e na escola. (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Academia Americana de Psiquiatria - DSM IV - TR, 2002).

No entanto, vários estudos apresentam algumas limitações à utilização exclusiva da DSM-IV num processo de avaliação, uma vez que apresenta algumas limitações. Os estudos realizados para o desenvolvimento dos critérios de diagnóstico foram realizados com sujeitos institucionalizados; o número de critérios para estabelecer o diagnóstico baseia-se em dados empíricos; os critérios de diagnóstico não têm em conta as

diferenças de género, nem a idade; as características a observar, enquanto critérios de diagnóstico são subjectivas e sujeitas à interpretação dos observadores. Não apresentam qualquer evidência científica, nem validade clínica. (Barkley & Biederman, 1997).

Assim, na determinação do diagnóstico da PHDA devem ser tidas em conta outras informações baseadas em dados clínicos e noutros instrumentos de avaliação e diagnóstico. É importante referir que se deve determinar a existência de outros sinais ou sintomas de distúrbios associados, uma vez que a associação destes à PHDA pode ser um factor de risco para uma evolução menos favorável.

#### *1.1.6.1 Intervenientes no processo*

A avaliação/diagnóstico da PHDA deve ser feita por uma equipa multidisciplinar. A criança com suspeita diagnóstica de PHDA requer uma avaliação cuidadosa, de preferência por uma equipa de especialistas, profissionalmente bem preparada. Geralmente, são os pediatras, ligados a problemas de desenvolvimento, neuropediatras, pedopsiquiatras e psicólogos, que conheçam aprofundadamente esta problemática e outras similares, que fazem a avaliação e conseqüente diagnóstico de PHDA.

O papel do médico na avaliação da PHDA vai desde a elaboração da história clínica ao exame objectivo, com o emprego de critérios clínicos bem descritos e treino no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos. Deve realizar-se uma anamnese, que implica um questionário cuidadoso aos pais, sobre os comportamentos incluídos nos critérios de diagnóstico DSM-IV e se presentes, determinar para cada um a sua duração, frequência e gravidade. É necessário questionar acerca da idade de início dos sintomas, o contexto em que ocorrem e o seu impacto funcional, particularmente em termos de aprendizagem. Nesta, devem solicitar informações relativas ao temperamento, características e competências emocionais e sociais da criança, os seus hábitos de sono, como se processa a sua aprendizagem e quais as actividades extra-curriculares. Também o ambiente familiar deve ser escrutinado, principalmente no que respeita às regras de disciplina e às expectativas dos pais. Da anamnese também deverão fazer parte a recolha de dados desenvolvimentais, tais como o decurso da gravidez e factores de risco pré, peri e pós-natais, o desenvolvimento motor e da

linguagem e controlo dos esfíncteres. Os antecedentes familiares, nomeadamente a existência de outros elementos da família com PHDA, ou com Distúrbios psiquiátricos (depressão, doença bipolar, ansiedade, tiques) ou com Doenças genéticas (X-Frágil), devem ser apurados. O contexto sócio-económico-social também deverá ser tido em conta. Deve proceder-se a um exame neurológico sumário.

O psicólogo desempenha um papel preponderante na avaliação e diagnóstico da PHDA, uma vez que o mesmo se encontra na posse de conhecimentos e técnicas específicas que lhe permitem aplicar e interpretar testes de avaliação psicológica e psicopedagógica, os quais podem proporcionar informações importantes relativamente ao funcionamento intelectual e emocional da criança, das suas competências de raciocínio, bem como do seu desenvolvimento verbal e perceptivo. Também podem fornecer importantes informações relativas à capacidade de atenção/concentração e quanto à impulsividade (Parker, 2006). Para além dos testes, os psicólogos recolhem informação preciosa (anamnese), aquando da entrevista com os pais, alunos, professores, quando procedem a observação no ambiente natural ou quando pedem aos pais e professores que preencham escalas de avaliação comportamental. Estes procedimentos são morosos mas essenciais para recolher informações preciosas aquando da tomada de decisão sobre um diagnóstico, em reunião multidisciplinar.

Também o professor desempenha um papel importante na avaliação da PHDA, podendo fazer uma análise do desempenho académico, bem como caracterizar a criança quanto a capacidades atencionais, de aprendizagem e inteligência, permitindo depois individualizar o plano de intervenção (Boavida & Cordinhã, 2008). Os professores podem observar directamente a criança, quer em trabalho individual, de grupo ou nos intervalos e compará-lo com o comportamento das outras crianças da mesma idade. Podem, também, fornecer informações válidas sobre o percurso escolar da criança, na entrevista.

Os pais desempenham um papel fundamental na avaliação da PHDA. Ambos os progenitores devem fazer parte integrante deste processo. Os pais têm uma perspectiva única do desenvolvimento anterior do seu filho e da situação presente. São informadores privilegiados quanto ao historial geral da família, sua estrutura e funcionamento. Os pais, geralmente, sentem-se profundamente afectados pelos problemas dos filhos e não é raro que expressem sentimentos. É importante tentar manter a objectividade e por vezes usar um “filtro”, relativamente às informações fornecidas pelos pais. A entrevista com os pais é uma fonte de informação subjectiva,

sendo ao mesmo tempo uma rica fonte de informações, devido à relação continuada no tempo e o conhecimento do sujeito em várias situações (Barkley, 1998).

Não menos importante, neste processo, é a própria criança ou adolescente, que oferece a quem está a proceder à avaliação, principalmente durante a entrevista, a oportunidade de observar o seu comportamento. Fornece, igualmente, informações preciosas quanto às suas emoções e sentimentos, auto-estima, sobre o modo como encara a escola, relacionamento com colegas e amigos e com os elementos da família. Muitas vezes as crianças, em situação de avaliação apresentam um comportamento e uma postura adequado, por isso temos que dar o enfoque correcto ao que observamos e recorrer a todas as outras fontes de informação. Na entrevista, com a criança e o adolescente, deve ser tida em conta a idade da criança, bem como o nível de desenvolvimento cognitivo e aptidão linguística uma vez que estes vão condicionar a duração e o conteúdo da entrevista. Especificamente, no que toca aos adolescentes, deve tentar perceber-se a sua percepção sobre os seus problemas, funcionamento familiar e escolar (Melo, 2003).

#### *1.1.7 Instrumentos e metodologias de avaliação*

Quanto à metodologia a empregar na avaliação da PHDA, conducente a um diagnóstico “fiável”, esta deverá, segundo Lopes, 2004, compreender as seguintes etapas: entrevista com a criança ou adolescente e os pais; exame médico; preenchimento de questionários pelos pais; entrevista com o(s) professor(es); preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); observação directa do comportamento da criança ou adolescente nos diferentes contextos

No que respeita à entrevista, esta é, segundo Simões (1998), o instrumento mais utilizado. Na avaliação utilizam-se, principalmente as entrevistas estruturadas em detrimento das semiestruturadas e das entrevistas clínicas livres. Nestes últimos anos, a entrevista estruturada tem assumido um papel preponderante, uma vez que permite um acréscimo de precisão e validade ao diagnóstico. As entrevistas são feitas aos pais, aos professores e à própria criança. Apesar de apresentar limitações e críticas feitas às entrevistas (falta de fiabilidade e subjectividade), estas constituem um instrumento indispensável ao processo de avaliação (Simões, 1998).

A entrevista é o método mais utilizado, embora deva ser complementada por outros métodos de avaliação. É uma primeira aproximação e contacto o primeiro directo com o

sujeito em avaliação e com as pessoas significativas, na vida do mesmo (e.g. pais, professores, colegas ou outros familiares). É aqui, na entrevista que o avaliador tem a possibilidade de observar, pela primeira vez os comportamentos apresentados pelo avaliado. A entrevista é feita com alguns objectivos concretos. Segundo Simões (1998), a entrevista constitui o suporte metodológico necessário para obter informação acerca do funcionamento psicológico do sujeito e identificar o modo como os problemas afectam as relações familiares, profissionais e sociais; é o momento em que se dá a conhecer aos intervenientes todas as fases do processo de avaliação, bem como a escolha dos instrumentos de avaliação e medida que posteriormente irão ser utilizados; podem-se identificar preocupações, expectativas, objectivos, percepções e sentimentos acerca dos problemas; precisar as áreas fortes e fracas do sujeito; avaliar o estado afectivo-emocional e a motivação de todos; obter informação relevante que facilite a planificação e a medida da qualidade ou eficácia das intervenções.

O entrevistador deve ter sempre presente a construção de uma relação positiva, que lhe permita, de modo eficaz a recolha de informações fiáveis. Neste sentido, há um conjunto de regras relativas ao comportamento deste que, não só têm um impacto positivo nos interlocutores, mas permitem aumentar a validade dos dados recolhidos. Podemos dar como exemplo a utilização de comportamentos reforçadores, desde o sorriso, à postura, aos elogios verbais até à utilização de recompensas como forma de reforço positivo (e.g. bolos, cromos, entre outros).

Quanto ao exame médico, este deverá ser feito tendo em conta a necessidade de estabelecer um diagnóstico fiável, utilizando os instrumentos e metodologias próprias da abordagem médica, sejam exames médicos ou entrevistas.

Relativamente à aplicação de questionários e escalas de avaliação, esta revela-se de extrema importância, uma vez que são instrumentos indispensáveis e essenciais ao diagnóstico da PHDA. O uso de vários instrumentos de medida vem tornar a avaliação mais válida em termos ecológicos. Estes instrumentos devem ser preenchidos pelos pais e professores, no caso das crianças e pelo cônjuge, no caso de adultos. São considerados um método indirecto de recolha de informação e são, juntamente com a entrevista, o principal meio de recolha de informação. O uso destes instrumentos são uma peça fundamental no apuramento das percepções dos pais e dos professores, mediadores essenciais acerca dos padrões de comportamento típicos das crianças no seu ambiente natural. Os pais são, potencialmente, informadores fidedignos dos comportamentos mais observáveis e que mais facilmente são perturbadores. Quanto

aos professores, estes são observadores privilegiados, uma vez que, a partir da comparação com crianças da mesma faixa etária, e supostamente com o mesmo nível de desenvolvimento, conseguem identificar mais facilmente eventuais problemas que surjam, aquando da realização de tarefas escolares ou qualquer outra tarefa que exija determinado tipo de competências sociais, organização, atenção e persistência.

Para Simões (1998), as escalas de avaliação são instrumentos essenciais, na medida em que integram vários itens que avaliam diferentes dimensões psicológicas, comportamentais, cognitivas e emocionais, quer globais quer específicas que não implicam muito tempo e são de fácil aplicação, requerem poucas instruções, havendo poucas possibilidades de uma errada interpretação por parte de quem as vai preencher. No entanto, estas apresentam algumas limitações, nomeadamente no que toca à falta de coincidência na obtenção de dados, relativamente a outras fontes de informação distintas (García, 2001).

Para Barkley (1990), a importância dos relatos efectuados pelos pais e pelos professores, relativamente aos comportamentos apresentados pelas crianças e jovens levou à criação de várias escalas. As escalas mais utilizadas são de dois tipos. Em primeiro lugar, recorre-se, na maioria das avaliações a escalas multidimensionais ou de “banda-larga”. Com estas pretendesse que, num primeiro momento, se possam obter informações que permitam uma primeira despistagem e identificação de problemas. Assim, poder-se-ão identificar encaminhamentos inapropriados e, também, para ter uma visão mais ampla do problema ou identificar outras áreas que necessitem de exames específicos ou posicionar o sujeito avaliado em determinada posição relativa, tendo por base os comportamentos da população normal. Consegue-se uma representação compreensiva do funcionamento comportamental e emocional da criança ou jovem em processo avaliativo. As escalas de avaliação de uma dimensão singular ou de “banda-estreita” são unidimensionais e centram-se num único problema comportamental (Simões, 1998).

Como exemplo de escalas de “banda-larga”, mais utilizadas, podemos referir o modelo multiaxial de Achenbach, (1991), o qual inclui um conjunto de instrumentos (aferidos para a população portuguesa) para aplicação junto de várias fontes de informação, nomeadamente: CBCL (Child Behavior Checklist) – a preencher pelos pais de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos; TRF (Teachers Report Form) – a preencher pelos professores de crianças entre os 5 e os 18 anos; YSR (Youth Self-Report) – escala de autorresposta por parte da criança ou adolescente; e DOF (Direct

Observation Form) – instrumento que permite a observação directa dos comportamentos das crianças e jovens, principalmente, em situação de sala de aula.

Temos, mais recentemente, as escalas provenientes dos estudos de Reynolds e Kamphaus(2004): BASC–PRS (Behavior Assessment System for Children – Parents Report System) – a preencher pelos pais, incluindo três formas - uma para crianças do pré-escolar (4/5 anos), outra para a escolaridade básica (6/11 anos) e outra para adolescentes (12/18 anos); BASC –TRS (Behavior Assessment System for Children – Teachers Report System) – à semelhança da escala anterior, inclui três formas, no entanto o seu preenchimento é feito pelos professores; e BASC–SRP (Behavior Assessment System for Children – Self Report of Personality) – a preencher pelas crianças e adolescentes.

Também muito utilizadas e conhecidas são as escalas de Conners (1997) (existe aferição para a população portuguesa), que incluem várias versões, para pais e professores, e destinam-se a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. As versões mais utilizadas são as seguintes: CPRS-R (Conners' Parent Rating Scale – Revised) – é uma escala que apresenta uma versão longa e uma reduzida e é para ser preenchida pelos pais; e CTRS-R (Conners' Teacher Rating Scale – Revised) - é uma escala que apresenta uma versão longa e uma reduzida e é para ser preenchida pelos professores.

Como exemplo de escalas de “banda-estreita” ou unidimensionais mais utilizadas, que pretendem apurar a existência de comportamentos específicos para a avaliação da PHDA, temos várias, mas a mais utilizada em Portugal, uma vez que está aferida para a população portuguesa, é a Conners 28 (versão para pais e professores). Outras escalas unidimensionais podem ser utilizadas, mas não têm aferição para a população portuguesa. São de mencionar as seguintes: EDAH (2003) (Escala para la Evaluation del Transtorno por Deficit de Atención con Hiperactividad), preenchida por professores; HSQ (Home Situations Questionnaire - Barkley, 1981), para ser preenchido pelos pais; SSQ (School Situations Questionnaire - Barkley, 1981), para ser preenchido pelos professores; ADHD - Rating Scale (DuPaul et al,1991) - (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), com versões para pais e professores; Questionário de Hiperactividade de Werry, Weiss e Peters (Werry, 1988), considerado de grande valor para os especialistas, uma vez que permite analisar o desempenho da criança, por parte de adultos significativos, nas várias actividades diárias (e.g. às refeições, a ver televisão, a brincar), facilitando, por isso, a planificação de programas terapêuticos específicos.

Simões (1998) refere que as escalas apresentam um factor limitativo, que se prende com o facto de que a maioria destas inclui apenas itens que estão escritos de forma negativa, o que as torna vulneráveis a tendências de resposta. As escalas, nomeadamente as que estão indicadas no uso do diagnóstico da PHDA podem estar vulneráveis a efeitos de halo contaminadores e levarem os informantes a “exagerarem” as suas respostas para obterem um resultado imediato para as suas queixas (Lourenço, 2009).

Não se deve esquecer, no entanto, as limitações psicométricas destes instrumentos, no que diz respeito a questões de precisão e de validade. Apesar das limitações na utilização destes instrumentos, eles revelam-se indispensáveis e o complemento adequado à entrevista de avaliação, na busca do diagnóstico, o mais correcto possível da PHDA. Apresentam, de facto, várias vantagens como sendo o facto de serem instrumentos económicos, de fácil aplicação e compreensão. Estes instrumentos são standardizados e, deste modo, os pais conseguem operacionalizar as suas queixas iniciais, que costumam ser vagas (Melo, 2003).

#### *1.1.8. Intervenção na PHDA*

Salienta-se que a PHDA, não tem cura, “não se trata”, lida-se com ela e procura-se mantê-la dentro de limites que não se revelem perigosos ou que tragam problemas mais graves, para o sujeito e para os que com ele convivem. Logo não deve ser considerada uma doença ou uma patologia, mas como um síndrome que pode ser controlado. Só o conhecimento e análise de cada caso, bem como das características de cada criança, em particular, permitirão seleccionar a forma de tratamento mais adequada e ajustada a cada situação (Lopes, 2004; Shelton & Barkley, 1995).

Uma vez que o grupo dos hiperactivos é heterogéneo e revestido de múltiplas facetas, é natural que haja diferenciação quanto ao tipo de intervenção a adoptar. O conhecimento de cada caso, em particular, permite determinar qual a melhor forma de tratamento, variando as opções entre tratamento médico pela administração de psicofármacos, ou através da aplicação de técnicas de modificação do comportamento, de técnicas cognitivas ou ainda uma intervenção multidisciplinar articulando as diversas vertentes. As intervenções no campo da PHDA, segundo Shelton e Barkley (1995), divergem nos seus objectivos. Umas procuram reduzir os sintomas específicos e outras direccionam-se para melhorar os outros problemas que acompanham geralmente a PHDA (académicos, baixa auto-estima, stress parental e comportamentos de oposição). A

eficácia de qualquer tipo de intervenção está dependente do seguimento ao longo do tempo e da manutenção de mais do que uma metodologia de intervenção. A intervenção pode, assim, abranger um leque de situações, desde o aconselhamento aos pais - *parenting*, em casos de perturbações ligeiras do comportamento da criança, até situações de internamento, no caso de crianças hiperactivas com graves desordens de conduta. Como formas intermediárias encontramos aquelas que se direccionam especificamente para a diminuição da severidade das características denominadas como primárias (e.g. para as idades pré-escolares, o treino de pais; a intervenção psicofarmacológica e a modificação de comportamentos na sala de aula para crianças em idade escolar; para a adolescência pode aplicar-se a resolução de problemas e treino de competências, bem como a intervenção farmacológica).

Segundo Barkley (2000) considera-se a existência de um conjunto de três elementos essenciais para a intervenção em PHDA. São eles o tempo, o momento e os agentes. A atenção a estes três elementos fará toda a diferença no prognóstico da intervenção. Os indivíduos com PHDA apresentam um grave problema em orientar e administrar o tempo de que dispõem para a realização das suas tarefas o que constitui a “invisível” e mais representativa fonte de perturbação dos mesmos. Devido a tal, a intervenção deverá orientar-se, fundamentalmente, para a ajuda na realização daquilo que os sujeitos sabem fazer, no momento certo. A intervenção só será eficaz na medida em que seja assegurada por um técnico que promova uma intervenção ao nível dos défices neuropsicológicos de inibição comportamental (Lopes, 2004).

Um dos estudos mais recentes realizados nos Estados Unidos, orientado por seis equipas diferentes e envolvendo mais de meio milhar de crianças, foi o *Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA)*, conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH). Este estudo, com 579 crianças, com idades entre os 7 e 9 anos, desenvolveu-se durante 14 meses e teve como objectivo principal o estudo da eficácia, a longo prazo, de diferentes programas de intervenção. Os resultados a curto-prazo revelaram que a diminuição de sintomas após a intervenção foi efectiva para todos os programas (Smith, Barkley, & Shapiro, 2006).

O estudo levado a cabo por Ana Miranda Casas e seus colaboradores (Gargallo-López, Presentación-Herrero & Soriano-Ferrer, 2000) refere que deve haver uma mudança de paradigma e atitude interventiva, que se resume, no essencial, ao seguinte: uma intervenção mais proactiva do que reactiva, implicando acções de sensibilização e formação para o público geral e profissionais; uma intervenção mais ecológica do que

clínica; uma perspectiva de intervenção multicomponente e não exclusivamente farmacológica; uma abordagem de intervenção que fomente a criação de capacidades, baseada em estratégias diversificadas e técnicas conjugadas com uma forte utilização de abordagens não farmacológicas em detrimento da redução de sintomas; um enfoque sistémico que encare a PHDA como o resultado das relações entre os contextos e os indivíduos, e; uma perspectiva de intervenção ao longo da vida, evolutiva e centrada na qualidade de vida e não transversal e pontual, centrada na redução rápida dos actuais sintomas.

Tendo em conta a natureza multidimensional da PHDA, devemos ter uma atenção especial sobre os métodos de tratamento/intervenção que mais frequentemente são utilizados e que são mais referidos ao nível da literatura como sendo aqueles com os quais se obtêm os melhores resultados, sem nunca perder de vista a ideia que, tal como na avaliação e diagnóstico, também a intervenção deverá ser multimodal. Esta intervenção pode e deve englobar várias metodologias e estratégias de intervenção: intervenção farmacológica, intervenção psicoterapêutica e intervenção psicossocial. Há ainda uma série de variáveis que devem ser consideradas para direccionar programas de intervenção: os factores contextuais (ambiente onde a criança interage), os recursos físicos, didácticos e humanos e eventualmente a adequação de programas escolares.

Devem ser tidos em conta alguns factores, aquando da utilização da intervenção comportamental ou psicossocial, que podem influenciar o seu sucesso. A intervenção não pode ser sempre a mesma, uma vez que a PHDA sendo uma perturbação neurobiológica crónica, evolui sintomaticamente e a intervenção deve ser ajustada aos diferentes períodos da vida. Também devem ter tido em linha de conta o subtipo da PHDA. A maioria dos artigos refere intervenções para o subtipo combinado, uma vez que é o mais diagnosticado. No entanto, devem ter-se especial atenção ao subtipo desatento (necessita de treino específico ao nível da atenção – e.g. atenção selectiva, atenção por tempo prolongado). Não se pode, por fim deixar de ter em conta a existência ou não de comorbilidade, nem o facto de a PHDA ser multidimensional e com diferentes graus de desadaptação (Rodrigues, 2008).

#### *a) Intervenção farmacológica*

Uma vez que a intervenção farmacológica pode ser coadjuvante da intervenção em contexto escolar, é importante referir alguns dos aspectos que envolvem a sua utilização.

A administração de fármacos, sobretudo de estimulantes, é tradicionalmente, usada no tratamento das crianças com PHDA. A prescrição de estimulantes por parte dos especialistas está tão difundida que, segundo Safer e Allen (1979), aproximadamente 2% das crianças norte-americanas escolarizadas no ensino básico tomam medicação para tratar esta problemática. Estes dados aumentaram, na última década, até aos 6%, segundo outros autores (Whalen & Henker, 1991). Embora rodeado de alguma controvérsia, o uso de medicamentos continua a receber o apoio da investigação, sobretudo quando usado em conjugação com outras terapias. Os resultados do estudo *Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (MTA) apontam para uma eficácia significativamente superior no caso dos tratamentos que incluíram a administração de psicofármacos.

Outro aspecto, observado por este estudo realça, a importância do acompanhamento sistemático dos indivíduos que estão a ser medicados, isto é, com a dosagem ajustada mensalmente ao evoluir dos sintomas de acordo com o feedback fornecido pelos pais e, eventualmente, pelos professores. Desta forma, obtêm-se resultados superiores aos verificados, no processo em que o médico se limita a prescrever sem mais acompanhamento, como é habitual na generalidade dos serviços de saúde (Taylor, 1997).

Para Falardeau (1997) o tratamento da hiperactividade com medicamentos só deve ser considerado depois de uma avaliação completa feita por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. A utilização de medicação permite um melhoramento ao nível do rendimento escolar e do ajustamento social, em perto de 70 a 90% das crianças tratadas. Os pais deverão ser devidamente informados das indicações terapêuticas, dos efeitos secundários, contraindicações, bem como devem ficar detentores de todo um conjunto de informações pertinentes, antes de se tomar a decisão de optar por uma intervenção medicamentosa.

Os medicamentos mais utilizados são psicoestimulantes como o *Dexedrine* e *Ritalin*, baseados na Dextroanfetamina e no Metilfenidato, respectivamente, (este último era o medicamento de base no estudo que referimos antes), os tranquilizantes e os antidepressivos, sendo que os estimulantes os mais utilizados e aqueles que apresentam maior eficácia (Swanson, McBurnett, Wigal, Pfiffner, Lerner, Williams, Christian, Tamm, Willcutt, Croweley, Clevenger, Khouzam, Woo C, & Fisher, 1993).

O médico deve optar pelo estimulante mais adequado para cada criança, tendo em consideração o tempo que o medicamento demora a fazer efeito sobre o

comportamento, qual a duração do efeito dos mesmos, quais os efeitos secundários indesejados e também deve atender à confiança e familiaridade que tem no fármaco. É importante realçar que nem sempre é indicado, ou mesmo conveniente, prescrever medicação a todas as crianças que apresentam PHDA. A opinião mais consensual, entre especialistas, é a de apenas receitar medicação quando os métodos psicológicos se revelam insuficientes. Aparentemente, a aplicação medicamentosa é tanto mais apropriada quanto maiores forem as manifestações da perturbação, de modo que a sua administração é, particularmente, favorável nas crianças em que se verifica uma falta de controlo permanente. Apesar disso, a sua prescrição não é de todo indicada em algumas situações: quando a criança sofre ou já sofreu de tiques nervosos, alterações de pensamento, ansiedade e transtornos psicossomáticos.

De acordo com García (2001) existem algumas orientações que devem nortear a decisão de prescrever tratamento farmacológico: i) comprovar se foram aplicadas outras iniciativas terapêuticas, especialmente tratamentos comportamentais, e, em caso afirmativo, quais os seus resultados; ii) analisar as possibilidades de aplicar o tratamento com êxito. Isto significa que, antes do seu início, é necessário avaliar a capacidade e a motivação dos pais e da família em geral para seguir as prescrições médicas, assim como as suas atitudes prévias para com o tratamento com fármacos, pois é possível que alguns pais não aceitem a possibilidade dos seus filhos tomarem estimulantes durante um certo período; iii) antecedentes familiares no consumo de drogas (quando se tiver conhecimento de que algum membro da família é viciado em substâncias tóxicas, o especialista decidir-se-á, habitualmente, de forma negativa sobre a conveniência da prescrição farmacológica); iv) considerar as atitudes e as expectativas da criança para com o tratamento farmacológico; v) ter em conta a idade da criança e não prescrever medicação a jovens e adolescentes.

#### *b) Intervenção em contexto escolar*

Uma leitura cuidada das características e problemas associados à PHDA, facilmente nos leva a antecipar o possível cenário dentro de uma sala de aula onde esteja presente uma criança com este tipo de perturbação. Ter dificuldade em estar sentado, falar demasiado, ser conflituoso com os pares, não levantar a mão para falar, não ser capaz de acabar os trabalhos dentro do tempo, não ser capaz de se organizar sozinho, são características incompatíveis com uma grande parte dos contextos escolares actuais. Continuam-se a privilegiar métodos de ensino de base tradicional, que dão ênfase a aulas de cariz expositivo, onde o aluno tem um papel pouco activo e onde o que se lhe exige é que esteja calado, sentado e que ouça. Para uma criança com PHDA isto é um

problema acrescido e conduz a um agravamento das suas características, impedindo o seu sucesso escolar, levando-a rapidamente ao insucesso. Importa pois, uma intervenção atempada de modo a atenuar estas dificuldades.

Pensar a intervenção para crianças com PHDA exige que se encare a perturbação tendo a consciência que se trata de uma situação crónica, ou seja, que não tem cura, mas que é possível tratar. Para além deste aspecto, é preciso também ter presente, que estas crianças vão continuar a apresentar algumas dificuldades ao longo do seu percurso académico. Portanto, intervir junto de crianças com PHDA é uma tarefa difícil, que requer persistência e método (Lopes, 2004; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007) e cujos efeitos só terão verdadeira expressão, quando se pensar a intervenção com base na conjugação de metodologias que visem os mesmos objectivos (Rodrigues, 2008). Neste sentido, DuPaul & Stoner (2007) recomendam que é necessário focalizar contínua e sistematicamente a criação, implementação e avaliação de adaptações a utilizar em sala de aula, procurando que abarquem abordagens preventivas e remediadoras, para lidar com os problemas apresentados e que envolvam vários agentes de intervenção, (p.127). Assim, a intervenção junto de crianças com PHDA, deverá ser entendida na procura de uma forma de se “lidar com a situação”, com o objectivo de manter as dificuldades geradas pela perturbação, dentro dos limites que não se revelem arriscadas para o próprio nem para os que o rodeiam (Lopes, 2004 p.199).

Para além destes pressupostos, DuPaul & Stoner (2007) apontam um conjunto de outras bases conceptuais nas quais assenta a intervenção em contexto escolar: (1) a PHDA deve ser vista como uma situação grave, que se mantém ao longo do tempo e que tem associados comportamentos de difícil gestão em sala de aula; (2) os comportamentos sociais e académicos estão inter-relacionados e derivam de problemas ligados à instrução; (3) os profissionais envolvidos com crianças com PHDA devem adoptar uma perspectiva educativa para os problemas de comportamento; (4) lidar de modo eficaz e educativo com os problemas de comportamento, obriga ao desenvolvimento e à implementação de programas e planos de apoio ao professor (5) os profissionais responsáveis pelo apoio ao comportamento de crianças com PHDA devem ter treino profissional adequado (DuPaul & Stoner, 2007; p.127 e 128). As bases conceptuais referidas implicam uma intervenção que abrange várias áreas de actuação e que se materializa, através de vários programas estruturados de gestão da PHDA em contexto escolar.

Desta forma, Rodrigues (2008) refere a educação e formação de professores sobre a PHDA, como uma das áreas a intervir. Este aspecto reveste-se de particular importância, uma vez que a investigação tem vindo a demonstrar que o conhecimento e a atitude do professor face à PHDA influenciam a sua disponibilidade para a intervenção em contexto de sala de aula (Bekle, 2004; Ghanizadeh, Bahredar & M., 2006; p.14). Aqui se incluem acções de sensibilização e de formação sobre aspectos conceptuais e de intervenção da PHDA, que clarifiquem a sua natureza, causas, curso e tratamento junto dos professores (Barkley, 2006).

Outra área de intervenção é a relação escola/casa que visa essencialmente a parceria para a aplicação de técnicas específicas de modificação de comportamento. Neste caso é imprescindível que os professores e os pais tenham uma visão fidedigna da PHDA, tanto a nível de conhecimento, como de objectivos realistas para as suas intervenções, e estejam motivados a levar adiante esta colaboração. Em muitos casos torna-se necessária a intervenção de um técnico experiente, uma vez que professores e pais tendem a culpabilizar-se pelo insucesso da criança. As técnicas mais utilizadas neste tipo de abordagem são os “Cartões de Objectivos” e os “Cartões de Avaliação do Comportamento Diário” que transitam entre a escola e a casa (Rodrigues, 2008).

A área comportamental é outra das intervenções, que se estabelece como uma das principais áreas de intervenção em contexto escolar. Inclui a intervenção comportamental, a auto-regulação, a modificação do contexto e do currículo e a relação escola casa. Esta intervenção deve atender à aprendizagem de competências para a auto-monitorização e incluir objectivos respeitantes ao desempenho académico e não apenas ao comportamento. Esta área inclui aspectos relacionados com a modificação do contexto físico da sala de aula, onde devem ser tidos em conta a colocação da criança no espaço-sala, a organização do espaço de trabalho, o posicionamento dos materiais lúdico-pedagógicos e a utilização de elementos organizadores como calendários e quadro de tarefas. Inclui ainda a modificação do comportamento através do uso de “Contratos de Comportamento”, do “*time-out*”, do “sistema de trocas” e do “custo de resposta”, entre outras. Estas técnicas implicam uma utilização sistemática e continuada, de modo a serem eficazes. (Rodrigues, 2008; p. 14).

Direccionadas para os comportamentos impulsivos, em conjunto com as técnicas de modificação do comportamento, utilizam-se as técnicas de auto-regulação, sendo as mais conhecidas a auto-monitorização, o auto-reforço/auto-avaliação, a auto-instrução e a resolução de problemas. Estas técnicas parecem ter efeitos pouco relevantes no

contexto onde são aplicadas (Barkley, Copeland & Sivage, 1980; cit in Rodrigues, 2008).

Dentro ainda da área comportamental estão as alterações ao currículo, a modificação das tarefas académicas e as metodologias de ensino. Assim, temos a aprendizagem com recurso ao computador, as modificações ao currículo, que englobam os conteúdos e as tarefas que devem atender às suas reais capacidade e défices (Barkley, 2006), e os métodos de avaliação, privilegiando-se neste caso, a avaliação oral e faseada. Os materiais de suporte à aprendizagem devem também ser adaptados, optando-se por perguntas simplificadas e com pouca informação (Rodrigues, 2008).

Por último temos o recurso a um tutor e o treino de competências sociais. A primeira baseia-se na presença de um par que ajuda o colega com PHDA durante o decurso das tarefas académicas e na aprendizagem de técnicas de auto-regulação; e a segunda é alvo de alguma controvérsia, uma vez que os seus resultados não têm sido os mais eficazes, tendo-se verificado resultados positivos apenas quando há agressividade em comorbilidade (Erhardt & Hinshaw, 1994, cit in Barkley, 2006; cit in Rodrigues, 2008).

Para além das áreas de intervenção e dos respectivos programas a elas associados, importa referir outros factores de ordem prática e conceptual, aos quais é necessário atender aquando da criação de intervenções para crianças com PHDA. Nesta perspectiva, DuPaul & Stoner (2007) recomendam particular atenção a alguns princípios a ter em conta no planeamento da intervenção.

Uma das situações que acontece com frequência nas escolas é o recurso a medidas reactivas e punitivas para se tentar alterar os comportamentos de alunos desatentos. O professor recorre com frequência à reprimenda verbal ou expulsa o aluno da sala quando é confrontado com uma situação disruptiva (White, 1975; cit in DuPaul & Stoner, 2007). No entanto, este tipo de actuação só tem resultados positivos quando aplicada em circunstância muito próprias. Mais eficaz é a aplicação de estratégias preventivas e reactivas, que possibilitam ao professor a manipulação das situações que normalmente antecedem os comportamentos indesejáveis para que as interações problemáticas não ocorram. Estas estratégias devem ser acompanhadas muito mais, pela utilização do reforço positivo, sempre que ocorrem comportamentos apropriados, em vez do recurso à punição (p. 129). A este propósito Lopes (2004) refere que as regras de ouro para lidar com os alunos em geral são a “instrução e a prevenção”, isto é, na sua opinião, o Professor deve “centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de

aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos que corrigidos e em que o professor [...] seja mais proactivo que reactivo.” (pp. 205),

Outro princípio a ter em conta, quando se pretende sucesso na intervenção com crianças desatentas, é procurar que a estratégia utilizada seja aplicada o mais próximo possível da ocorrência do comportamento alvo. Se o problema se deve à atenção e à conclusão dos trabalhos de matemática, por exemplo, então a implementação da estratégia deve acontecer na aula de matemática no momento em que a criança deve concluir o trabalho. Quando mais distanciadas do momento e do lugar da ocorrência forem aplicadas as estratégias, menos provável é o seu êxito. Esta situação acontece em resultado da impulsividade que parece ser a responsável pelas dificuldades de atenção e outros problemas na PHDA (Barkley, 1997; cit in DuPaul & Stoner, 2007). Para se alterar um comportamento impulsivo é necessário fazê-lo quando e onde o problema acontece (DuPaul & Stoner, 2007; p.129).

Para além de se atender à acção no momento em que ocorre o comportamento indesejado é preciso também equacionar a intervenção para crianças com problemas de atenção de forma individualizada. Há tendência para se pensar a intervenção baseada na ideia que todas as crianças com PHDA ou perfil de comportamento têm as mesmas necessidades de apoio, o que não corresponde à verdade. Por esse motivo, é preciso ter em atenção: (1) o nível actual de desempenho académico da criança; (2) a caracterização em termos e função ambiental do comportamento problemático da criança (3) o comportamento alvo e/ou aos resultados mais preocupantes para professores, crianças e pais; (4) e o tipo de instrução utilizada pelo professor que pode ocasionar a limitação da eficácia de algumas intervenções (DuPaul & Stoner, 2007).

Por último, a intervenção em PHDA não deve ser só centrada no professor, ela pode e deve recorrer a outros intervenientes como os pais, os colegas e as próprias crianças com PHDA (Teeter, 1998, cit in DuPaul & Stoner, 2007). Em vez do professor se tornar o único responsável pela abordagem da totalidade das dificuldades da criança, ele deve dividir essa responsabilidade com outros intervenientes no processo (na sala de aula os colegas, em casa os pais, por exemplo) de modo a criar uma estratégia de intervenção mais alargada, aumentando assim as possibilidades de sucesso (DuPaul & Stoner, 2007).

Depois de tidos em consideração os aspectos anteriormente referidos, como linhas genéricas de orientação, no planeamento da intervenção em contexto escolar, importa também atender a aspectos direccionados especificamente para o planeamento da

intervenção que visa os comportamentos de alunos com PHDA, já que estes, são talvez, o problema que causa maior impacto em sala de aula.

Assim, a intervenção comportamental deve atender às seguintes questões: (1) os intervenientes no planeamento da intervenção devem apostar numa avaliação rigorosa dos problemas específicos apresentados em sala de aula, para que possam ser traçadas estratégias de intervenção precisas e adequadas; (2) o *feedback* transmitido a estes alunos, deve ser mais frequente e específico do que para os seus colegas, de modo otimizar o seu desempenho, e deve incluir reforços ou recompensas, a serem fornecidos no momento da manifestação do comportamento (as crianças com PHDA tendem a escolher recompensas mais pequenas e imediatas, em vez de outras maiores e mais demoradas após a conclusão dos trabalhos); (3) o elemento fundamental de um programa de intervenção dirigido para a modificação comportamental na PHDA deve ser o reforço positivo, contudo é necessário considerar que o uso exclusivo do reforço positivo pode distrair a criança da tarefa, pelo que o mais indicado nesta situação é utilizar, em conjunto com o reforço positivo, as consequências negativas (reprimendas leves), de modo a reorientar a criança para a tarefa (as reprimendas devem ser feitas de modo *breve, calmo, e tranquilo* e de forma *particular*); (4) sempre que o comportamento a alterar se prenda com a realização de trabalho autónomo, é conveniente que o mesmo não envolva demasiados passos e as instruções dadas à criança devem ser repetidas por esta, no sentido de a centrar na tarefa; os trabalhos de casa devem também ser divididos em unidades mais pequenas e a quantidade deve ser reduzida de início, sendo progressivamente aumentada à medida que a criança evidencie capacidade de conclusão independente de tarefas cada vez maiores; as tarefas repetidas e rotineiras devem ser evitadas, uma vez que estas crianças desistem facilmente quando confrontadas com as mesmas; (5) o desempenho académico e os seus produtos devem ser o foco da intervenção e não tanto os comportamentos desajustados relacionados com a tarefa (é mais útil orientar a criança para o trabalho académico do que tentar controlá-la através de estratégias comportamentais); (6) as actividades preferidas da criança, por exemplo, actividades de escolha livre ou acesso ao computador, devem ser utilizadas como reforços, em vez do uso de recompensas concretas; os reforços específicos devem ser alternados e variados de modo a evitar o desinteresse por eles; e o professor deve perceber junto da criança, quais são realmente as actividades suas preferidas, em vez de se basear em deduções, e criar uma lista de recompensas; (7) o professor deve antecipar, em conjunto com o aluno, os privilégios dos quais poderá beneficiar em sala de aula, antes do início do trabalho académico, escolhendo a actividade em que gostaria de participar (este cuidado

melhora o valor do incentivo positivo); (8) a implementação do programa de intervenção deve ser avaliado e monitorizado, com vista a efectuar ajustes ou mudanças nas etapas do próprio programa, este aspecto é muito importante para que a aplicação do programa seja feita de forma integra e fiel ao planeado (Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

As crianças com PHDA apresentam com frequência problemas de comportamento em sala de aula. Intervir neste contexto e nesta situação concreta significa implementar uma variedade de estratégias comportamentais, instrucionais e de aprendizagem, com vista à gestão dos problemas nestas áreas e em último lugar ao sucesso escolar destas crianças.

Para que esta tarefa seja bem sucedida é necessário conhecer com algum grau de profundidade a PHDA, no que se refere às suas causas, evolução e tratamento; é necessário ter consciência que o processo de intervenção envolve vários profissionais e que se estende no tempo; que exige um processo paralelo de avaliação constante para cada etapa da sua implementação; e que é uma tarefa difícil, sujeita a fracassos diários, ultrapassáveis apenas com uma abordagem sistemática e persistente na sua, também, implementação diária.

## *2. As percepções e atitudes do professor*

### *2.1 – As percepções do professor*

Falar sobre as percepções dos professores implica, em primeiro lugar, definir o que se entende por “*percepção*”. *Percepção* deriva do latim “*perceptio-ōnis*” e refere-se à acção ou resultado de perceber. Mais especificamente é “uma representação mental de objectos ou acontecimentos exteriores, com base numa ou em múltiplas impressões sensoriais” (Lisboa, 2001, p. 2819). Associando esta definição ao professor, podemos dizer que as percepções dos professores se referem às representações mentais que os mesmos organizam sobre a realidade educativa onde intervêm. Contudo, a literatura diz-nos que esta questão não é assim tão clara e várias são as considerações sobre a mesma.

A realidade das percepções aparece ligada às representações sociais. Estas podem ser entendidas como a reprodução mental que cada um de nós faz do mundo e dos outros, envolvendo incorrecções e enviesamentos decorrentes do indivíduo enquanto pessoa.

(Baliza, 2002). Neste sentido, as representações sociais são consideradas vulneráveis, na medida em que o indivíduo pensa e constrói a sua representação em função de si próprio. A realidade que cada um edifica, é povoada por um conjunto de múltiplos factores, que têm origem no meio onde nos inserimos, passando pela comunidade onde desempenhamos a nossa prática profissional. A edificação ou construção desta realidade, enquanto processo de representação do indivíduo, pressupõem o seu próprio comportamento e a mobilização de todas as suas dimensões enquanto sujeito.

Estabelecendo um paralelo entre *representações sociais* e *percepções*, podemos verificar que os dois conceitos se interligam. Ambos implicam a representação mental da realidade do indivíduo, baseando-se o primeiro conceito no segundo. Isto é, para representarmos mentalmente determinada realidade, neste caso, a realidade educativa, temos em primeiro lugar de a perceber com toda a carga de estímulos que lhe está associada. Deste mesmo modo, refere Vala (Bruner, 1951, 1957, cit in Vala, 2006) que a percepção deve ser entendida como o resultado da acção de factores *autóctones*, que dizem respeito às características do estímulo e à estrutura da informação; e a *factores comportamentais*, que dizem respeito a aspectos motivacionais, emocionais e sociais do indivíduo. O resultado da acção entre os factores referidos resulta num processo de organização e interpretação dos estímulos sensoriais, ao qual se chama *percepção* (Baliza, 2002).

Considerar a percepção dos professores, significa atender à representação mental de uma realidade - a realidade educativa – que se encontra imbuída por todo um conjunto de concepções, crenças e preconceitos, que fazem parte das ideias do próprio professor e por consequência condicionam a sua acção e resposta no cenário da sua actuação. Na prática, o professor presentear-nos-á com uma intervenção educativa, influenciada ou condicionada por aquilo que é enquanto indivíduo e pelas realidades que dele fazem parte. O resultado desta interacção estará patente em todas e cada uma das atitudes que o professor adoptar enquanto actor da realidade educativa.

De acordo com Fonseca e colaboradores (1998) a investigação das percepções que os adultos possam ter sobre a PHDA, reveste-se de toda a importância na medida em que pode contribuir para um melhor entendimento da natureza dos comportamentos que lhe estão associados e por esta via projectar uma intervenção mais ajustada junto destas crianças. Neste sentido, a investigação tem demonstrado, que há, muitas vezes, um desfasamento entre a realidade e as percepções que o público tem sobre os problemas de comportamento das crianças, tanto no que diz respeito à sua natureza e gravidade, como às estratégias de intervenção mais adequadas ( Roberts, 1994 cit. in Fonseca, et al

1998). Do mesmo modo acontece no caso específico da PHDA. Fonseca (1998) considera que o primeiro passo para uma intervenção neste âmbito, passa “pela modificação das expectativas e atitudes irrealistas ou distorcidas” (pp.210), que os professores, pais e educadores em geral possam ter, sobre os comportamentos destas crianças. O objectivo último é, segundo mesmo autor, apurar até que ponto as percepções de cada um sobre o comportamento da criança com PHDA, pode ou não influenciar as suas reacções aos problemas das referidas crianças.

Esta questão torna-se essencial se pensarmos no contexto escolar e nas dificuldades que estas crianças ali experienciam. Para o professor é fundamental ser conhecedor da realidade da PHDA, de modo a melhor poder lidar com os problemas que se lhe colocam no quotidiano.

Com efeito, conhecer as percepções sobre a PHDA, afigura-se essencial, principalmente no caso dos professores, uma vez que há evidências científicas que encontram relação entre essa mesma percepção e a atitude que se manifesta quando se lida com crianças com esta perturbação.

## *2.2 – As atitudes dos Professores*

É consensualmente reconhecida a influência que as atitudes têm no desenrolar do processo educativo apesar da sua difícil definição bem como investigação. No entanto, os aspectos que se referem ao estudo das atitudes têm recebido da parte da comunidade científica uma particular atenção, tendo sido alvo de inúmeras investigações (Ritter, 1989,; Vaughn, et al., 1996; Villa, Thousand & Nevin, 1996, Wood, 1998, cit. Camisão, 2004). Assim sendo, é no domínio das ciências sociais que a investigação sobre as atitudes ganhou maior relevância sendo consideradas elementos básicos das relações sociais apesar de não existir consenso quanto à sua definição.

Segundo Lima (2000), o conhecimento das atitudes do sujeito reveste-se de toda a importância, não só a nível individual e interpessoal, como também a nível político e social. Para esta autora, o conceito de atitude visa medir a forma de agir e de pensar dos indivíduos, pelo que as atitudes têm uma estreita ligação aos comportamentos. Esta perspectiva tem por base a definição de atitude preconizada por Eagly & Chaiken (1993, cit in Lima, 2006) que a define como “um constructo hipotético referente à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (pp. 188). O que segundo a mesma autora, engloba três dimensões distintas: o aspecto psicológico, que se refere aos processos psicológicos internos do indivíduo; o julgamento avaliativo que implica a expressão das atitudes segundo um

juízo favorável ou desfavorável, podendo ser de origem cognitiva, afectiva ou comportamental; e a referência a um objecto específico, que pode ser uma entidade abstracta ou concreta, uma entidade específica ou um comportamento (Lima, 2006; pp.190).

As dimensões referidas anteriormente estão também contidas na definição de Triandis, (1971, cit. in Verdugo et al. 1995, cit. in Camisão, 2004) que nos diz que as atitudes englobam três componentes: a ideia, a emoção, e a predisposição para a acção. Ou seja uma componente cognitiva que diz respeito ao conjunto de ideias, opiniões, pensamentos, crenças e percepções sobre um objecto; uma componente afectiva que diz respeito ao conjunto de sentimentos e emoções que se estabelecem na presença de um objecto e que desencadeiam a aproximação ou o afastamento do mesmo consoante esses mesmos sentimentos sejam positivos ou negativos e uma componente comportamental que engloba as reacções perante o objecto da atitude (Verdugo, at. Al, cit. Camisão, 2004).

Podemos assim aferir, que as atitudes envolvem aspectos internos do indivíduo, que implicam um juízo do próprio, feito sobre alguma coisa ou alguém, expresso através do seu comportamento. Neste sentido, as atitudes do professor envolvem um juízo assente em ideias, opiniões, pensamentos, crenças e emoções, sobre o seu objecto de acção, ou seja, sobre a realidade educativa, cujas reacções são condicionadas pelas considerações internas que tiver sobre ela. Fazendo um paralelo com o ponto anterior, verificamos que estamos a falar de percepções, donde podemos concluir que as atitudes do professor estão fortemente dependentes destas últimas, condicionando toda a sua acção. Esta concepção é corroborada por Malouf & Schiller (1995), investigadores na área da pesquisa em educação, que nos dizem que as atitudes e as crenças exprimem percepções e pensamentos e funcionam como filtros na interpretação da realidade, podendo influenciar comportamentos.

A associação das atitudes à possível alteração de comportamentos remete-nos para a questão das atitudes do professor face à aprendizagem e face aos alunos. Estas duas dimensões das atitudes influenciam a forma como o professor ensina e como se relaciona com os alunos. Neste sentido, a investigação tem demonstrado que o professor com níveis conceptuais baixos tende a ser mais autoritário e a utilizar apenas um método de ensino com todos os alunos, enquanto o professor com níveis conceptuais mais elevados recorre a vários tipos de estratégias de ensino, conseguindo responder às diferenças individuais dos alunos, elevando por consequência o rendimento académico dos mesmos (Sprinthall & Sprinthall, 1993, p. 362).

No que diz respeito às atitudes face aos alunos, estão identificadas algumas características (classe social, a raça, pertencer a famílias monoparentais, o comportamento, o sexo e o rendimento académico), que podem influenciar de forma negativa o modo como o professor trata os alunos, comprometendo a sua possibilidade de sucesso académico. (Sprinthall & Sprinthall, 1993, p. 384).

Considerando as atitudes negativas que o professor possa ter em relação aos seus alunos, advindas das suas crenças, opiniões, ideias e pensamentos, condicionando o modo como ensina, torna-se necessário equacionar as atitudes sob o ponto de vista da sua alteração, atendendo ao facto das mesmas serem susceptíveis de mudança. Neste sentido, estudos mais recentes, procuram identificar as variáveis que influenciam as atitudes dos professores, pelo que encontramos referências às atitudes face à inclusão educativa, ao tipo de estratégias implementadas em sala de aula e à percepção do sentido de auto-eficácia (Camisão, 2004). Bender e colaboradores (1995), avaliando as atitudes dos professores a nível do sentido de eficácia e a nível da integração, concluíram que os professores com atitudes mais positivas são os que usam estratégias instrucionais mais adequadas (e com mais frequência) do que os que têm atitudes menos positivas.

Atendendo aos componentes das atitudes anteriormente descritos e fazendo o contraponto com a realidade educativa, facilmente conseguimos perceber a importância do estudo das atitudes na relação que envolve o professor e o aluno e vice-versa. Esta importância reside no facto de se perceber se o conhecimento (*percepção*) sobre a individualidade do aluno, influencia os sentimentos e as reacções comportamentais (*atitude*) face a esse mesmo aluno.

No caso da nossa investigação importa perceber se a *percepção* que o professor tem sobre a PHDA, influencia a sua *atitude*, perante uma criança com a referida perturbação, ao nível do relacionamento com a própria criança e nomeadamente nas estratégias de ensino utilizadas. Como foi dito anteriormente, os professores que possuem um nível conceptual mais elevado utilizam estratégias de ensino mais diversificadas o que lhes permite responder às necessidades individuais de cada aluno, pelo que no caso específico da PHDA, podemos inferir que um conhecimento sobre a perturbação, livre de crenças e mitos, assente numa base científica, poderá desencadear uma atitude positiva perante estas crianças e por consequência aumentar o seu rendimento escolar. Sendo vistas pelos professores como pouco esforçadas, preguiçosas e malcriadas, ideias decorrentes do impacto que causam em sala de aula por via da sintomatologia associada à perturbação, torna-se necessário pensar ao nível

da modificação da atitude do professor perante estas crianças, de acordo com as variáveis que estão identificadas como passíveis de ajudarem a alterá-la, ou seja, ao nível da inclusão destas crianças e do tipo de estratégias utilizadas na instrução. A atitude só será alterada a partir do momento que o professor encare estas crianças de uma forma positiva e para isso concorre o conhecimento que tem ou não sobre a PHDA. Neste sentido, DuPaul e Stoner (2007) atribuem um papel preponderante aos professores, no que diz respeito à “formulação e condução da instrução” no sentido de esta se orientar para o desenvolvimento de habilidades tanto académicas quanto sociais, de modo a prevenir e resolver problemas que surgem nestas áreas (p. 127).

Decorrente do impacto causado em contexto escolar por crianças com PHDA surge a necessidade de intervenção junto das mesmas. Essa intervenção, protagonizada pelo professor, e que se quer assente no conhecimento (*percepção*) que tem sobre a perturbação, de modo a adequar a sua intervenção (*atitude*) às necessidades específicas destas crianças (Wilkinson & Lagendijk, 2007), consequência da sintomatologia que apresentam. Importa por isso perceber que tipo de relação se estabelece entre o conhecimento (*percepção*) que o Professor tem sobre a PHDA e os sentimentos e consequentes comportamentos (*atitude*) que o mesmo manifesta na relação pedagógica que estabelece com estas crianças. Quanto maior conhecimento, melhor será o resultado dessa relação, em termos de desempenho para o aluno? Alguns estudos realizados neste âmbito apontam nesse sentido como será referido adiante.

### *2.3 – As percepções e atitudes do Professor face à PHDA*

Barkley (2006) aponta como factor de primordial importância na intervenção junto de crianças com PHDA, a atitude dos professores. Uma atitude proactiva de envolvimento efectivo no processo de intervenção, bem como um conhecimento dos instrumentos de despiste e sua aplicação são cruciais para o sucesso do tratamento. Contudo, a investigação tem demonstrado que são também os professores, um dos maiores obstáculos no atendimento às necessidades das crianças com PHDA (Shapiro & DuPaul, 1993, cit. in Scituito et al, 2000). A falta de conhecimento da natureza, causas e evolução desta perturbação, condicionam a intervenção do professor, que em muitos casos se baseia em mitos e crenças acerca da mesma. (Pfiffer & Barkley, 1999, cit in Scituito et al, 2000).

Com efeito, ao longo das duas últimas décadas, realizaram-se vários estudos que procuraram esclarecer a importância do conhecimento/percepção da PHDA, junto dos professores e a sua influência na sua atitude face a crianças com a perturbação. Colocado numa situação privilegiada de observador e de interventor do e no contexto escolar, um dos cenários que regista maior desadaptação nestas crianças, torna-se clara a importância do seu papel, especialmente ao nível da instrução, ou seja, na forma de fazer com que estas crianças adquiram competências académicas e sociais.

Sabendo-se que os professores passam a ser mais controladores e autoritários em resposta aos problemas de comportamento desencadeados por crianças com PHDA e que por isso, as suas interações se tornam mais negativas, condicionando ainda mais os seus já limitados sucessos académicos e sociais, ao mesmo tempo que reduzem a sua motivação para aprenderem e diminuem a sua auto-estima (Barkley, 2002), impõem-se a necessidade de alteração desta situação, só possível através do alargamento do conhecimento sobre o que é a PHDA e as suas implicações a médio e longo prazo para as crianças com a perturbação. Segundo Barkley (2006), a avaliação do conhecimento e atitudes do professor face à PHDA é o primeiro passo para uma intervenção escolar (Piffner & Barkley, 1990, cit in Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000). Neste sentido apresentamos a seguir alguns estudos realizados em vários países que abordam a relação entre o conhecimento/percepção sobre a PHDA e o seu impacto ao nível da intervenção. Isto é, ser conhecedor da natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, implica uma melhor atitude pedagógica, na intervenção com crianças com esta perturbação?

Sciutto e colaboradores (2000) realizaram um estudo que teve como objectivo distinguir entre os mitos ou crenças que os professores têm sobre a PHDA e aquilo que realmente não sabem sobre a perturbação. Segundo estes autores, importa fazer esta distinção, uma vez que é muito diferente ter um professor que acredite, por exemplo que o açúcar potencia os sintomas da PHDA e um que não tenha conhecimento sobre a investigação nessa área. O primeiro irá provavelmente propor alterações na dieta das crianças, enquanto o segundo procurará mais informação sobre o assunto, o que provavelmente o levará a ter uma atitude na intervenção mais adequada. (DiBattista & Shepherd, 1993, cit in Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000).

Este estudo envolveu uma amostra de 149 professores a leccionarem em escolas do 1º ciclo de seis distritos escolares de Nova York, sendo que alguns deles tinham experiência de leccionação em turmas de educação especial. Os investigadores partiram do preenchimento de três questionários: um para a avaliação dos

conhecimentos específicos sobre a PHDA e construído para o efeito (*KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*) contemplando três domínios: sintomas e diagnóstico, formas de tratamento e conhecimentos gerais sobre a perturbação ( por exemplo a evolução da perturbação ou a sua prevalência); outro para recolha de dados demográficos e o terceiro para analisar a percepção dos professores acerca da sua própria auto-eficácia, (p. 117).

A análise dos resultados permitiu constatar que o número de respostas correctas na escala de sintomas e diagnóstico era significativamente superior ao verificado nas outras duas subescalas. Verificou-se também que o nível de conhecimento dos professores estaria positivamente relacionado com a percepção de auto-eficácia, com a experiência anterior com crianças com PHDA e com os anos de experiência de leccionação, (p. 120).

Estes últimos resultados são de realçar, uma vez que espelham a importância do conhecimento sobre a PHDA. Um professor que tenha tido experiência de ensino com crianças com a perturbação apresenta um maior conhecimento sobre a mesma e esse conhecimento aumenta se o número de crianças que ensinou aumentar. Segundo os autores, este facto é explicado, pela interacção que se estabelece com a criança, que leva o professor a tomar contacto com informação relevante sobre a perturbação, incluindo o contacto com os sintomas, informação sobre os critérios de diagnóstico e formas de intervenção, (Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000, p. 121).

Neste sentido Reid e colaboradores (1994, cit. in Bekle, 2004) investigaram o impacto da experiência dos professores ao nível da auto-eficácia com alunos com PHDA. Os resultados do estudo apontaram para o seguinte: professores com experiência no trabalho com crianças com PHDA revelaram maior confiança e capacidade de adaptação de materiais e currículos ao contrário dos professores sem esta experiência. Estas evidências sugerem, que a atitude do professor pode ser influenciada pelos seus conhecimentos e experiência, com reflexos na intervenção em sala de aula e em consequência pode afectar a performance dos alunos com PHDA. Torna-se necessário que os professores tenham conhecimentos e atitudes realistas sobre a perturbação. Esse conhecimento passa pela informação específica sobre a PHDA, pelo conhecimento das estratégias de intervenção e de métodos de instrução académica adequados a estas crianças e pelo reconhecimento de que estas crianças enfrentam desvantagens específicas dentro da sala de aula. ( Barkley, 1990; Fiore, Becker, & Nero, 1993; Goldstein & Goldstein, 1998, cit. in Bekle, 2004).

Em contraste com o referido anteriormente, a investigação da variável idade do professor tem comprovado que os professores mais velhos têm tendência para terem atitudes negativas para com estas crianças, quando comparados com professores mais novos. Mesmo assim, a maioria dos professores mostra tratar as crianças com PHDA de forma diferente, o que nos indica que os professores podem afectar negativamente o comportamento destas crianças, pois questionam-nos menos e mandam-nos calar frequentemente, elogiando-os menos e criticando-os mais, (Bay & Bryan, 1991; Li, 1985, cit in Bekle, 2004).

Neste sentido, Bekle (2004) dá-nos conta de uma investigação realizada nos Estados Unidos e no Canadá (Jerome et al., 1994), onde se conclui que os professores formados há menos tempo, com menos anos de serviço têm um melhor e maior conhecimento sobre esta perturbação do que aqueles que trabalham há muitos anos.

Para tentar esclarecer estas questões a mesma autora (Bekle, 2004), levou a cabo na Austrália um estudo, réplica do realizado por Jerome e colaboradores (1994 cit in Bekle, 2004), que comparou professores em funções e alunos universitários em formação de professores. Envolveu uma amostra de 70 indivíduos (N=70), sendo que 30 eram professores em exercício de funções e 40 eram alunos universitários, do último ano do curso de formação de professores. Os primeiros pertenciam a seis escolas públicas e os segundos frequentavam a Universidade de Perth.

Dos resultados obtidos, interessa ressaltar que se verificam algumas lacunas no conhecimento dos professores sobre a PHDA, especialmente as que se relacionam com a crença sobre a eficácia da intervenção através de dietas.

Em relação às duas amostras os resultados são semelhantes para os dois grupos em estudo, no entanto os professores mais velhos destacam-se por apresentarem respostas mais exactas às questões levantadas, o que nos remete para a influência que a experiência profissional pode ter ao nível da aquisição de conhecimento sobre a perturbação, em detrimento da influência da formação inicial.

Outro dado importante a reter, é que nem sempre ter melhor conhecimento sobre a perturbação, corresponde à implementação das diferentes formas de intervenção, o que levanta a questão da necessidade de se averiguar quais as razões que estão na base da aceitação ou não das diferentes formas de intervenção.

Fernandez e colaboradores realizaram em 2007 uma réplica do estudo realizado por Siciutto e colaboradores (2000), envolvendo 193 professores dos quais 68 leccionavam

na educação Pré-escolar e 125 na educação primária, pertencentes a escolas da província de Valencia em Espanha. Foi feita uma tradução do *KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*, de forma a avaliar o conhecimento dos professores nas três áreas contempladas pela escala: conhecimentos gerais, sintomas e diagnóstico e formas de tratamento da PHDA. Dos professores inquiridos uma percentagem de 13,8% estavam ligados à educação especial (p.586).

De acordo com os resultados obtidos constatou-se que os professores tinham mais conhecimento na área dos sintomas e diagnóstico, atingindo uma percentagem de 63,88% de respostas correctas. Na subescla de conhecimentos gerais apresentaram apenas 31,67% de respostas correctas e na escala de formas de tratamento 40,46%. Estes resultados indicam que os professores responderam de forma correcta a menos de metade dos itens da escala o que corresponde a 15,31 itens dos 36 que a compõem (Fernández & Casas, 2007).

São de notar ainda os resultados obtidos relativamente às correlações entre as variáveis sociodemográficas e de formação, com o conhecimento dos professores. Neste aspecto não se verificaram correlações significativas entre o conhecimento e os anos de experiência profissional, bem como, entre estes últimos e o nível de auto-eficácia percebida. Parece assim suceder, que o número de anos de experiência docente não está directamente relacionado com um maior conhecimento sobre a PHDA, nem com um aumento da percepção da capacidade para lidar de forma eficaz com crianças com PHDA. Porém, verificaram-se correlações positivas entre o número de horas de formação específicas sobre a PHDA e o conhecimento sobre a PHDA, bem como, entre o número de horas de formação específica sobre a PHDA e o nível de auto-eficácia percebida pelos professores (Fernández & Casas, 2007, p. 589).

Os últimos dados referidos podem assim explicar, segundo os autores, os baixos resultados obtidos na subescala de conhecimentos gerais, dado que apenas 51,6% dos professores confirmou ter recebido formação específica acerca da PHDA (Fernández & Casas, 2007, p. 589). Este dado é relevante se se considerar a taxa de prevalência da perturbação, uma vez que há outros estudos a confirmarem, que a grande maioria dos professores não recebeu formação específica nesta área de forma a lidar com crianças com PHDA e os que receberam consideram que ela não foi suficiente (Jerome et al., 1994; Jerome et al 1999; Reid et al. 1994 cit in Pinheiro, 2009).

O conhecimento/percepção dos professores face à PHDA, tal como temos vindo a mencionar, tem sido alvo de inúmeros estudos, abarcando espaços geográficos tão

amplos como os EUA, a Europa, passando pela Austrália, China, Brasil e Médio Oriente. Deste conjunto merece-nos referência um estudo realizado por Ghanizadeh e colaboradores (2006) no Irão, que envolveu 196 professores do ensino primário pertencentes a quatro áreas escolares da província de Shiraz. Segundo os autores a descoberta mais surpreendente deste estudo é o facto dos professores possuírem um baixo nível de conhecimento acerca da PHDA e atitudes pouco tolerantes face a alunos com a PHDA.

Um outro aspecto a reter diz respeito ao tipo de abordagem utilizada perante estas crianças. Verificou-se que 64% dos professores inquiridos acredita erroneamente que as regras utilizadas para disciplinar crianças sem PHDA, são as mesmas que se utilizam com crianças com PHDA. Neste sentido verificou-se uma correlação significativa entre o conhecimento dos professores acerca da perturbação e a sua atitude, o que segundo os autores, indica que aqueles que sabem mais sobre a PHDA têm também uma atitude mais tolerante perante estas crianças. Este aspecto torna-se relevante para os autores da investigação, pois é considerado a chave para o desenvolvimento de atitudes mais tolerantes, bastando para tal aumentar o conhecimento dos professores através de formação especializada em PHDA (Ghanizadeh, et al, 2006 p.4).

Para investigar o conhecimento da população brasileira sobre aspectos clínicos da PHDA, realizou-se em S. Paulo um estudo levado a cabo por Gomes e colaboradores (2007) que inquiriu 2117 indivíduos, abarcando médicos de várias especialidades, educadores e psicólogos.

Tal como temos vindo a ilustrar com os estudos anteriores, também este aponta para um nível de conhecimento sobre a PHDA desfasado das evidências científicas. Apesar dos profissionais inquiridos reconhecerem a PHDA como uma entidade clínica (Gomes, Palmini, Barbirato, Rohde, & Mattos, 2007 p. 99), todos, revelaram possuir um conhecimento sobre a perturbação, baseado em crenças e mitos, o que segundo, os autores é preocupante porque pode contribuir para diagnósticos e tratamentos inadequados. Neste aspecto, o grupo dos educadores apresentou um resultado inquietante, uma vez que foi o único, onde uma parte significativa, referiu que a PHDA não é uma doença. Considerou também (77%) que a prática de desporto é mais adequada como forma de tratamento do que a medicação. Se considerarmos que estes profissionais são responsáveis pelo encaminhamento, diagnóstico e tratamento destas crianças, este dado é importante, pois pode deixar sem resposta adequada algumas delas. Torna-se essencial encontrar uma forma de eliminar estas concepções de modo

que os professores possam identificar e encaminhar estes casos mais correctamente (Gomes, Palmirini, Barbirato, Rohde, & Mattos, 2007, p.100) .

Para medir o impacto do conhecimento sobre a PHDA no comportamento e nas percepções dos professores, realizou-se recentemente em Melbourne na Austrália um estudo (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008), que abrangeu 140 professores do 1º ciclo, sendo que 119 eram professores do sexo feminino e 31 do sexo masculino. Todos os professores tinham tido experiência de leccionação com pelo menos uma criança com PHDA.

Dos resultados do estudo verificou-se que os professores apresentavam um conhecimento acima do esperado tanto na área do conhecimento sobre a PHDA como em relação aos mitos sobre a perturbação. Encontraram-se ainda evidências dum impacto consistente entre o conhecimento e a forma como os professores percebem e intervêm face a crianças com PHDA, susceptível de ter implicações para as crianças, tanto a médio como a longo prazo (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p.443).

Interessa mencionar que, no que diz respeito ao conhecimento sobre a PHDA, este estudo apurou resultados semelhantes a outros estudos também por nós referidos (Jerome et al., 1994, cit in Bekle, 2004; Bekle, 2004). Os professores revelaram ter mais conhecimento na área dos sintomas e diagnóstico, onde 80% referiu correctamente que as crianças que não apresentam Hiperactividade podem ter PHDA. Estas evidências sugerem, segundo os autores, que os professores estão conscientes que as crianças com PHDA podem manifestar apenas sintomas de desatenção, o que pode ajudar na sua identificação e encaminhamento. Revelaram também que os sintomas da PHDA não são intencionais. E a grande maioria dos professores (92%), referiu que as crianças com esta perturbação não se comportam mal intencionalmente (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008 p. 443).

Constatou-se também que os professores inquiridos apresentam conceitos errados sobre a PHDA, mais especificamente no que se refere ao tratamento e às causas da perturbação. Só alguns professores (27%) referiram acertadamente que as causas da PHDA não se relacionam com o açúcar ou aditivos alimentares e só 13% referiu correctamente, que as alterações na dieta não são tratamento adequado para crianças com PHDA. Estes resultados indicam-nos que há uma grande parte de professores a apresentarem concepções erradas sobre a perturbação (444).

Outro dado interessante a reter é que na generalidade o conhecimento que os professores têm sobre a PHDA, tem um impacto significativo na referência de

comportamentos e percepções face a crianças com PHDA. Contudo os resultados sugerem também que um maior conhecimento nem sempre significa maior confiança para lidar com uma criança com PHDA em sala de aula (p.444). Comparando os professores com menos conhecimento com os professores com conhecimento mais elevado, verifica-se que os últimos têm significativamente mais probabilidade de referir que estas crianças beneficiariam de serviços de avaliação profissionais assim como encorajariam os pais a procurar os mesmos serviços. Quanto aos professores com conhecimento mais baixo, a incógnita é saber se um professor que não perceba a utilidade dos serviços de avaliação profissionais pode, em última análise prejudicar as crianças que têm necessidade desses serviços, acabando por não as encaminhar para os mesmos. Esta concepção, segundo Ohan e colaboradores, pode dissuadir os pais, de procurar ajuda para os seus filho levando-os a pensar que não há problema nenhum com os mesmos (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 444).

Para os autores do estudo é importante considerar que, sendo os professores os primeiros a recomendar ou a procurar o acesso a determinados serviços de avaliação, estas evidências sugerem que, o aumento do conhecimento sobre a PHDA pode ser uma maneira eficaz de assegurar que as referências feitas são sempre no melhor interesse das crianças (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008).

A referência para serviços de avaliação remete-nos para a questão do diagnóstico/“rótulo”. Neste sentido coloca-se a questão de saber se ele é benéfico ou eventualmente prejudicial. Referindo Fernald & Gettys (1980), Ohan e colaboradores (2008) recordam que o rótulo pode ser benéfico, dado que pode desencadear sentimentos de simpatia, tolerância e compreensão para com uma criança com PHDA, no entanto também pode ter um impacto negativo nas percepções do professor e levar a criança a ter um aproveitamento mais pobre (p.444).

Este estudo permitiu ainda avaliar o impacto do conhecimento sobre a PHDA, nas percepções dos professores sobre as formas de tratamento e sobre as estratégias mais utilizadas para gerir a sintomatologia desencadeada pela perturbação. Verificou-se que, na generalidade, os professores percebem a medicação como algo pouco útil para gerir os sintomas da PHDA. Contudo, analisando esta percepção de acordo com o nível de conhecimento dos professores, constatou-se que os professores com um conhecimento médio sobre a PHDA percebem a medicação como sendo significativamente mais benéfica do que os professores com um baixo ou alto conhecimento sobre a PHDA. Para os autores, os professores que se encontram posicionadas nas extremidades inferiores e superiores do conhecimento sobre a PHDA,

(isto é, aqueles que têm mais e menos conhecimento) são relativamente menos convictos, quanto ao benefício exclusivo da medicação para a perturbação. Este facto pode estar relacionado, de acordo com com Ohan e colaboradores, com o grau de conhecimento empírico sobre a PHDA. Os professores com baixo conhecimento teriam falta de informação de suporte aos tratamentos para a PHDA, optando por outras alternativas como as terapias relacionadas com dietas, enquanto os professores com mais conhecimento, estariam na posse de outras informações, relacionadas com os efeitos da medicação e a sua curta acção/benefício, levando-os a considerá-la como algo menos favorável.(The MTA Coperative Groop, 1999 cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 445).

Outro aspecto avaliado também por este estudo, foi o impacto do conhecimento dos professores nas percepções sobre o benefício das estratégias educativas e de gestão de comportamentos. Constatou-se que tanto os professores com médio como alto conhecimento, percebem significativamente mais o benefício dos suportes educacionais e das alterações no ambiente em casa, do que os professores com baixo conhecimento. Verifica-se também que os professores com mais conhecimento, possuem uma percepção significativamente maior dos benefícios de se fazerem alterações na sala de aula, do que os professores com menos conhecimento. Estes resultados sugerem, segundo as autores, que crianças com PHDA a frequentarem salas de aula de professores com alto conhecimento sobre a perturbação, provavelmente beneficiam de melhor suporte e adaptação, do que os que se encontram em salas com professores com baixo conhecimento (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 446).

Para finalizar é de referir um último aspecto que diz respeito ao impacto do conhecimento dos professores, sobre as suas percepções, relativamente ao que prevêm que seja ter uma criança com PHDA na sua sala de aula. Comparando os professores com menos conhecimento com os professores com médio e alto conhecimento, verificou-se que estes últimos são significativamente mais susceptíveis de referir que as crianças com PHDA interferem no funcionamento da sala de aula e nas relações com os seus pares, do que os primeiros. De acordo com os autores, isto é esperado talvez porque os professores com mais conhecimentos sobre a PHDA estejam mais conscientes do custo que esta pode ter em todos os contextos de vida das crianças. Assim, para os professores com alto conhecimento sobre a PHDA, que estão mais dispostos a procurar ajuda para os seus alunos, estas previsões podem torná-los mais atentos a pequenos problemas, e servirem de impulso para a procura de serviços especializados e mudanças na sala de aula. Contudo, Ohan e colaboradores, (2008)

alertam para o facto destas percepções se poderem virar contra os professores referindo as pesquisas realizadas por Rosenthal e Jacobson (1968, cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008) e as consequências que podem ter as percepções e expectativas dos professores. Sabe-se que se as percepções forem negativas é possível que o comportamento negativo venha a ocorrer. Da mesma forma se as expectativas forem positivas é possível que a criança venha a revelar um bom desempenho (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 446).

Este último ponto apurou ainda um resultado surpreendente, segundo os autores. Os professores com um médio e alto conhecimento referem ter menos confiança na gestão de uma criança com PHDA em sala de aula do que os que têm menos conhecimento. Saber se a falta de confiança dificulta ou ajuda os professores com este grau de conhecimento é uma situação ainda desconhecida. No entanto, os autores aventam que a falta de confiança do professor pode significar que está mais apto a desistir, tendendo a referir as crianças a serviços especializados em vez de encetar mudanças no seu ambiente. Neste sentido, sabe-se que a confiança influencia positivamente as escolhas que fazemos, quanto tempo persistimos frente a um obstáculo e quanto esforço dispomos para ir em frente (Bandura, 1997 cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p.446).Do mesmo modo, também se sabe que os professores que têm baixa confiança para lidarem com os seus alunos podem influenciar negativamente o seu sucesso (Gibson & Dembo, 1984, cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008).

O estudo que acabamos de referir proporciona uma perspectiva mais aprofundada da relação que se estabelece entre o conhecimento dos professores sobre a PHDA e as suas implicações, na avaliação e intervenção de crianças com PHDA. São aqui levantadas questões que relacionam o impacto do conhecimento sobre a perturbação com as percepções e o relato de comportamentos referidos por professores face a crianças com PHDA. Encontraram-se evidências que sugerem que possuir um conhecimento médio/alto sobre a perturbação em causa, pode afectar de modo positivo o comportamento e as percepções dos professores no que diz respeito por exemplo, à vontade de procurar ajuda para as crianças com PHDA ou perceber o benefício de determinado tipo de tratamentos. Estes resultados vão de encontro àquilo que os especialistas têm vindo a divulgar sobre a necessidade de se fazer formação junto dos professores e assim abordar esta problemática de uma forma mais adequada em favor das crianças com PHDA.

Como vimos pelas referências anteriores, o estudo das percepções dos professores sobre a PHDA, está largamente documentado em várias regiões do globo, pelo que importa agora perceber a realidade portuguesa a esse nível. Assim, dos estudos realizados em Portugal no âmbito da PHDA, há a referir um estudo exploratório realizado por Fonseca e colaboradores (Fonseca, Simões, & Rebelo, 1998), que procurou investigar as percepções que os adultos portugueses têm sobre a PHDA. Neste estudo participaram 487 adultos, na sua maioria estudantes universitários de várias instituições da região centro do país. Estes estudantes frequentavam cursos com uma forte probabilidade de virem a lidar com crianças com PHDA durante o seu percurso profissional (psicólogos, médicos, enfermeiros, educadores de infância entre outros) (p. 221).

Dos resultados apurados verificou-se que a generalidade dos adultos interrogados manifesta um conhecimento, sobre a perturbação, desfasado da literatura científica. Consideram a PHDA um problema grave ou muito grave, atribuindo mais importância aos sintomas de desatenção e da hiperactividade, com origem em variáveis do contexto familiar (29,4%). As referências a causas genéticas (4%) ou de natureza neurológica (0,4%) apresentam uma percentagem muito baixa.

Quando questionados sobre o encaminhamento para outros especialistas, 79,5% dos inquiridos responde afirmativamente, sendo que 69,3% indica o psicólogo como sendo o profissional indicado para tratar estas situações. 22,6 %, escolhe as equipas de diversos especialistas (incluindo o psicólogo). Verifica-se ainda, que são pouco sensíveis à intervenção médica (10,3%) e especialmente à utilização de fármacos (88,3%), dando prioridade a uma intervenção do tipo educacional. Contudo, não se verifica a opção por uma estratégia específica, não havendo assim consenso entre os inquiridos. Os autores chamam a atenção para o facto das duas estratégias mais frequentemente seleccionadas parecerem contraditórias. Uma delas recomenda uma educação centrada na tolerância (“Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança” - 32,2%), enquanto a outra, tem por base a firmeza (“Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão” - 19,5%), (p.218).

Os resultados deste estudo demonstram, tal como os autores referem, que há um desfasamento entre o que a investigação científica tem apurado e as percepções que os inquiridos apresentam sobre a PHDA. Desconhecem assim as suas origens em factores de base biológicos e as vantagens de intervenções de natureza farmacológica ao mesmo tempo que uma intervenção ao nível educativo, familiar e social. Estes

resultados são preocupantes se se atender ao facto, dos inquiridos estarem a frequentar cursos relacionados com profissões que os levarão certamente a lidar com crianças com esta perturbação. Por este motivo, Fonseca e colaboradores sustentam que é necessário corrigir as percepções destes adultos através de uma maior sensibilização sobre este tipo de perturbação, de modo a que estas crianças venham a ser identificadas correctamente e encaminhadas para serviços especializados, já que este aspecto fica dependente “da sensibilidade, motivação e do conhecimento dos adultos responsáveis pela sua educação” (Fonseca, Simões & Rebelo, 1998, p. 219).

Procurando também investigar as percepções sobre a PHDA, mas desta vez dos professores, Encarnação & Rodrigues (2006) realizaram um estudo exploratório visando o conhecimento da PHDA, o seu impacto no contexto escolar e as atitudes dos professores face à mesma. O estudo envolveu uma amostra de 114 professores do 1º ciclo do ensino básico ao secundário, pertencentes a agrupamentos de escolas do distrito de Santarém.

Da análise de resultados verificou-se que 79,8% dos inquiridos atribuem causas genéticas à PHDA e 60,5% causas biológicas. Contudo, mais de metade dos inquiridos (53,5%) remetem a origem da PHDA para a educação familiar.

Quanto às características que levam os professores a suspeitarem de uma situação de PHDA 89,5% dos inquiridos aponta a hiperactividade como a principal característica. Sabemos actualmente que esta característica nem sempre é a mais determinante para o diagnóstico de PHDA, o que pode dar origem a que crianças com a perturbação fiquem sem diagnosticar e sem acesso a tratamento adequado, como refere Ohan e colaboradores (2008).

Dos dados relativos à evolução da perturbação interessa reter que para 49% dos inquiridos a PHDA desaparece com a idade, enquanto 51%, considera que não. Quase metade da amostra tem a concepção errada de que a PHDA desaparece com a idade o que não condiz com a literatura. Barkley (2002) refere que entre 30% a 65% das crianças que apresentam PHDA continuarão a apresentá-la na idade adulta e cerca de 80% na adolescência (p.105).

Interessa ainda mencionar que a grande maioria dos inquiridos (92,1%) considera que a PHDA traz consigo problemas associados, considerando a dificuldade em aceitar regras (63,2%) como o problema que causa maior desadaptação em contexto escolar. Referem ainda as dificuldades de aprendizagem (60,5%) e a dificuldade de relação com os pares (59,6%) como causadores também de grandes desadaptações. Os resultados

obtidos espelham as consequências da sintomatologia da PHDA ao nível das actividades académicas e da dificuldade nas relações sociais como temos vindo a referir.

Quanto ao impacto que a PHDA causa em contexto escolar, apurou-se que as características decorrentes da falta de atenção são as que causam maior preocupação aos professores. Os inquiridos consideram “a perda com frequência de objectos necessários a tarefas ou actividades”, “esquecer-se com frequência das actividades quotidianas” e a “dificuldade na organização das actividades e tarefas” as características que originam maior desadaptação. Seguem-se as características relacionadas com a Hiperactividade, recaindo as preferências dos professores sobre os itens “com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio”, “com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés ou move-se quando está sentado” e “com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”, por ordem de maior desadaptação. Por último aparecem as características relacionadas com a impulsividade, sendo “a dificuldade em esperar pela sua vez” a que maior desadaptação causa de acordo com as opções dos inquiridos.

Considerando a intervenção verificou-se que as opções dos professores vão em primeiro lugar para a colaboração Pais – Escola (75%), seguindo-se as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico (66,7%), aparecendo posteriormente a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula (57,9%). É de salientar que a referência à medicação como forma de intervenção aparece apenas com uma percentagem de 43,9%, o que nos indica que uma percentagem considerável dos inquiridos (45,6%) não considera a medicação importante para a intervenção. Contudo, reconhecem a melhoria do quadro sintomatológico associado à PHDA, quando há intervenção farmacológica. 58,8% dos inquiridos referem que há diminuição dos comportamentos de agressividade e melhoria da capacidade de atenção (56%).

Os resultados aferidos pelo estudo que acabamos de mencionar remetem-nos para um conhecimento/percepção da PHDA desfasado daquilo que a literatura científica nos apresenta, conforme se percebe pela análise de resultados apresentados. Mais de metade dos inquiridos relacionam a educação familiar com as causas da perturbação, uma percentagem significativa considera que desaparece com a idade e a hiperactividade é a característica mais referida no que diz respeito à suspeita de um possível diagnóstico da perturbação. A medicação aparece referida como pouco importante na intervenção, bem como o recurso a estratégias específicas para lidar com a perturbação em sala de aula.

Na perspectiva anterior, merece-nos referência um outro estudo exploratório realizado por Ribeiro (2008), que teve como objectivo analisar as percepções de professores do 1º ciclo do Ensino Básico sobre a PHDA, que envolveu 44 professores, sendo que 31 referiram trabalhar com crianças com PHDA. Os dados foram recolhidos num agrupamento de escolas do concelho do Carregado.

Da análise de dados e no que se refere ao conhecimento dos professores sobre a PHDA, verificou-se que uma grande parte dos inquiridos (68,2%) sabe que a prevalência da perturbação é mais comum nos rapazes, enquanto uma percentagem mais baixa diz ser igualmente (29,5) comum em rapazes e raparigas. As causas da PHDA são atribuídas a factores genéticos por 75% dos inquiridos, a factores biológicos por 52,3% e à educação familiar por 45,5%. A evolução da perturbação, segundo 69,5% dos inquiridos, não desaparece com o tempo, enquanto 29,5% considera que desaparece com a idade. A totalidade dos inquiridos referiu correctamente que existem outros problemas associados à PHDA.

Em relação à utilização da medicação para tratamento da PHDA, 59,1% dos inquiridos refere que a medicação é muito importante enquanto 31,8% considera-a pouco importante, o que nos indica que há ainda uma percentagem considerável de professores a não dar importância a esta forma de tratamento. Ainda assim, 63,6% dos inquiridos considera que a medicação melhora a atenção, o que nos parece um dado interessante, se pensarmos que é uma percentagem superior àquela que considera a medicação muito importante no tratamento da perturbação (Ribeiro, 2008).

No que diz respeito ao impacto que a PHDA causa em contexto escolar, podemos verificar, que 72,7% dos participantes apontam o “comportamento, agressividade e oposição” e “não aceitar, nem respeitar regras” como os factores responsáveis pelas maiores desadaptações, seguindo-se, com 65,9% as “dificuldades de aprendizagem” e com 56,8% a “dificuldade de relação com os pares”. Quanto à falta de atenção os inquiridos consideram os factores “com frequência não segue instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho”, como os causadores de maior impacto, seguindo as características da Hiperactividade onde o factor responsável pelas maiores desadaptações é, “com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”. E por último, são referidas as características de impulsividade onde o factor “tem dificuldade em esperar pela sua vez”, é considerado pelos inquiridos como o causador de maiores desajustamentos.

Ainda nesta linha de investigação Lourenço (2009) levou a cabo um outro estudo exploratório, onde procurou investigar as percepções dos professores relativamente a um conjunto de questões relacionadas com conhecimentos gerais, sintomas e diagnóstico, formas de intervenção e atitudes face a crianças com PHDA. O estudo envolveu uma mostra de 110 professores de um Agrupamento de escolas de Almada, a leccionarem nos três ciclos de ensino Básico, no Pré-escolar e no apoio educativo.

Dos resultados obtidos registamos que, de um modo geral, os professores inquiridos apresentam algum conhecimento sobre a PHDA. Quanto ao impacto referem que as dificuldades de aprendizagem, a dificuldade de relação com pares, bem como a dificuldade de aceitar e respeitar regras, são os problemas associados à perturbação que causam maiores desadaptações no contexto escolar. Revelaram ainda utilizar algumas estratégias de intervenção adequadas à realidade da PHDA.

Apesar dos inquiridos demonstrarem algum conhecimento sobre a PHDA, revelaram falta de conhecimento em relação à importância da medicação como forma de intervenção para o tratamento da perturbação. Esta forma de intervenção é assinalada em último lugar pelos inquiridos, como aquela que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA. Como se sabe a medicação é muito importante em associação com a intervenção nos vários contextos de actuação da criança com PHDA, como é preconizado pela chamada intervenção multimodal (MTA, 1999).

Mais recentemente tivemos contacto com um outro estudo realizado em Leiria por Júlio (2009) que abrangeu uma amostra de 110 técnicos portugueses, cujo objectivo foi analisar as percepções dos mesmos sobre a PHDA. Da amostra faziam parte 85 professores do ensino regular, 10 professores de Educação Especial, 8 psicólogos e 7 outros técnicos. Os dados foram recolhidos através de um questionário construído para o efeito, abrangendo a frequência de contacto com a PHDA, a gravidade de sintomas, as causas que lhe são atribuídas e a eficácia das diferentes formas de intervenção.

Dos resultados obtidos destacamos que 99,1% dos inquiridos já tiveram contacto com a perturbação. Destes, 53,6% consideram a PHDA uma perturbação muito grave. A generalidade dos técnicos atribui a PHDA a factores biológicos (43,4%), contudo, uma percentagem significativa (33,1%) refere factores sem sustentação científica como causas da mesma e 22,8% atribui-lhe factores associados ao funcionamento familiar. Este último aspecto poderá ser explicado por uma eventual confusão por parte dos técnicos inquiridos, relacionada com o aumento da sintomatologia associada à perturbação, se a criança em causa, pertencer a uma família disfuncional. Os

professores do ensino regular (77,5%) referem os factores neurológicos como a causa principal da PHDA, seguindo-se os factores associados ao funcionamento familiar (70,6%) e os factores genéticos (54,1%). É de notar que 60% dos professores de Ensino Especial atribuem as causas da perturbação à sociedade e 30% à televisão. Quando comparados com os professores de ensino regular verifica-se que, para estes dois factores, as percentagens são mais baixas, com 27,1% e 23,5% respectivamente. (Júlio, 2009, p.81). Neste aspecto verificamos, que este grupo de técnicos atribui à PHDA causas que sabemos não são sustentadas pela literatura da especialidade.

Duma maneira geral os técnicos concordam com as diferentes formas de intervenção, não se evidenciando nenhuma como preferencial. Contudo, é de referir que os professores do ensino regular consideram as práticas educativas pouco eficazes. À primeira vista, este resultado parece estranho, no entanto a literatura confirma que os profissionais ligados à educação tendem a não confiar na sua própria capacidade de intervenção (Graczyk et al, 2005 cit in Júlio, 2009 p. 107).

Para além dos dados já referidos, este estudo encontrou ainda relação entre as variáveis experiência profissional e contacto prévio com a perturbação, com o aconselhamento a profissionais externos, as práticas educativas e o recurso à intervenção farmacológica. Neste sentido, verificou-se que a concordância com a intervenção farmacológica está significativamente relacionada com o contacto prévio com a PHDA, mas não tanto com a experiência profissional.

Neste estudo são dados relevantes o facto de haver uma percentagem considerável de professores, tanto do ensino regular como da Educação Especial, que atribuem as causas da PHDA à sociedade e à televisão. Consideram também as práticas educativas pouco eficazes, revelando pouca capacidade de intervenção face a crianças com PHDA.

A investigação das percepções sobre a PHDA em Portugal reflecte, duma maneira geral, as mesmas lacunas que a literatura internacional aponta. A etiologia da perturbação atribuída por alguns profissionais está longe de ser a preconizada pelas principais tendências de investigação. Neste aspecto, destacamos os professores que pela sua experiência profissional, bem como pelo contacto com a perturbação, revelam ainda um conhecimento fora do esperado. Contudo, ressaltamos a diferença que se verifica entre o estudo realizado por Fonseca e colaboradores (1998), onde os factores neurológicos e genéticos são referidos por uma percentagem muito baixa de inquiridos, enquanto nos estudos da última década, essa referência passa para valores próximos

de metade das amostras e em alguns casos ultrapassa-os. Entre o primeiro estudo e os outros decorreram dez anos, pelo que a explicação para esta diferença de resultados pode residir no papel que foi tendo a divulgação junto da opinião pública desta perturbação.

A hiperactividade aparece como a principal causa de suspeita de PHDA, o que pode originar a falta de diagnóstico de algumas crianças deixando-as sem resposta adequada ao seu problema, uma vez que uma criança que não manifeste hiperactividade pode ter a perturbação.

O impacto da PHDA em contexto escolar é percebido principalmente ao nível do quadro sintomatológico, com especial relevo para os problemas associados à perturbação (dificuldades de aprendizagem, dificuldades de relação com os pares e dificuldade em aceitar e respeitar regras.)

Das formas de intervenção, a medicação continua a aparecer como pouco importante no tratamento da perturbação, mas ao mesmo tempo é percebida como capaz de melhorar a capacidade de atenção e dos problemas de comportamento. As práticas educativas são percebidas como pouco eficazes assim como o benefício das alterações em sala de aula.

O estudo das percepções e atitudes dos professores está largamente difundido como podemos verificar pelas referências anteriores a estudos internacionais e nacionais. Interessa agora fazer uma síntese das principais conclusões encontradas neste âmbito, de modo a clarificar a questão que enumeramos no início deste ponto “Ser conhecedor da natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, implica uma melhor atitude pedagógica, na intervenção com crianças com esta perturbação?”.

Importa, considerar o papel do professor no diagnóstico da PHDA. Ficou demonstrado que o professor é responsável por um grande número de encaminhamentos de crianças com suspeita de PHDA para serviços de avaliação especializados. Neste sentido, parece existir uma relação entre o conhecimento que se tem sobre PHDA e o encaminhamento para serviços especializados. Ou seja, um professor com um grau elevado de conhecimento sobre a PHDA tem maior probabilidade de vir a referir crianças com suspeita de PHDA. Este aspecto torna-se relevante, pois sugere que o aumento do conhecimento sobre a perturbação pode ser uma maneira eficaz de assegurar as referenciações, contribuindo para a diminuição do chamado sub diagnóstico. Esta constatação decorre também da importância que o professor tem na

identificação dos primeiros sintomas da PHDA já que pode observar o comportamento da criança em várias situações e compará-lo entre várias (Fernández & Casas, 2007).

Na generalidade os professores tratam as crianças com PHDA de forma diferente e os mais velhos tendem a ter atitudes mais negativas para com elas (menos elogios, menos questionadas, mais críticas). Neste sentido, verifica-se que o conhecimento do professor parece estar também relacionado com a melhoria de atitudes de tolerância perante crianças com PHDA. Ter mais conhecimento implica ter melhores atitudes.

Parece haver uma relação entre o conhecimento sobre a PHDA e o número de horas de formação específica que se recebeu sobre a perturbação e o nível de auto-eficácia percebida. Quem teve mais formação revela mais conhecimento e mais capacidade para lidar com a perturbação. Do mesmo modo, os alunos de um professor que apresente maior conhecimento sobre a problemática, beneficiarão de um melhor suporte e adaptação em sala de aula, do que alunos de professores com baixos conhecimentos. Parece assim suceder, que os professores com mais conhecimento possuem uma percepção significativamente maior dos benefícios de se fazerem alterações em sala de aula e da utilização dos suportes educacionais. Apresentam maior capacidade de adaptação de materiais e currículos.

Apesar dos professores, na generalidade, considerarem a utilização de medicação no tratamento da PHDA como algo pouco útil, consideram-na eficaz na melhoria da capacidade de atenção e dos problemas de comportamento. A falta de informação de suporte ao tratamento da PHDA com medicação pode ser a responsável pela opção dos professores.

Ter um conhecimento (*percepção*) correcto e realista sobre a PHDA, é como vimos o primeiro passo recomendado (Fonseca et al, 1998; Barkley, 2002) para uma intervenção (*atitude*) junto de crianças com esta perturbação. Esta pode contribuir para um melhor entendimento da natureza da perturbação e do que a envolve, e por essa via constituir uma intervenção mais ajustada junto destas crianças. Ainda que a relação que se estabeleça entre o conhecimento sobre a PHDA e as atitudes que pode ou não desencadear junto dos professores não seja completamente clara, ela não pode, no entanto ser negada. Verificam-se mudanças de atitude relativamente à referenciação, à tolerância e modo positivo de abordar estas crianças, bem como à eficácia e percepção dos benefícios dos suportes educacionais na intervenção. Apesar destas evidências interessa referir que esta questão não se esgota na pergunta que enunciámos. Outras questões se equacionam na procura da resposta mais eficaz ao tratamento da PHDA.

Por exemplo, interessa perceber quais as razões que estão na base da aceitação ou não das diferentes formas de intervenção, uma vez que nem sempre melhor conhecimento, corresponde à implementação das diferentes formas de intervenção; da mesma maneira, interessa averiguar porque é que os professores revelam falta de confiança para lidar com crianças com PHDA, quando possuem níveis elevados de conhecimento sobre a perturbação. Estas duas questões são apenas dois exemplos daquilo que se percebe que ainda há a desvendar dentro da relação que se estabelece entre o conhecimento/percepção da PHDA e as suas implicações nas atitudes dos professores.

---

## **Capítulo II**

### **Metodologia de investigação**

---

### *3 – Metodologia de investigação*

#### *3.1. Introdução*

De acordo com a literatura da especialidade, a PHDA, tem várias implicações ao nível do contexto escolar para a população com esta perturbação. Talvez a mais visível e sentida por todos quantos trabalham neste contexto, seja a questão comportamental e as consequentes desadaptações que provoca, especialmente em sala de aula.

Crianças com PHDA apresentam irrequietude motora: mexem-se frequentemente na cadeira, agitam braços e pernas, não respeitam a sua vez de falar e falam muito. Correm em locais que não devem e têm dificuldade em reservar-se ao silêncio (DSM-IV-TR, 2002).

A nível social, revelam dificuldades de relacionamento com os pares, evidenciam maiores dificuldades para responderem a situações conflituosas. São referidas como “perturbadoras, agressivas e abusivas em situações sociais” (Ribeiro, 2008). Segundo DuPaul & Stoner (2007), apresentam índices elevados de rejeição pelos pares, situação que tende a manter-se ao longo do tempo, implicando uma condição crónica ao nível das relações interpessoais.

Lidar com as características referidas, que não são mais do que a expressão dos sintomas relacionados com a PHDA, representa uma dificuldade acrescida para o próprio e para com quem tem de trabalhar com ele, especialmente em sala de aula onde, por norma, se pede o oposto. Desta forma, estas crianças são frequentemente associadas ao insucesso escolar, onde cerca de 40 a 50% tem um fraco desempenho académico (Rodrigues, 2007). As dificuldades que revelam estão relacionadas essencialmente com a falta de atenção, a impulsividade e a irrequietude motora. Perturbam o grupo com frequência, evidenciam dificuldades em persistir na tarefa, têm dificuldade em compreender as instruções do professor, (Ribeiro, 2008) e demonstram fracas competências de estudo, nomeadamente em relação à organização de cadernos e material escolar.

Apesar destas dificuldades, são crianças com bom potencial cognitivo, mas nem sempre vistas dessa forma, especialmente pelos professores. São vistas como “preguiçosas” e “mal-educadas”, são mandadas calar frequentemente, são menos questionadas, menos elogiadas e mais criticadas (Bay & Bryan, 1991) E muitas vezes são postas de lado,

sem se procurar saber quais as razões que estão na base de determinados comportamentos por elas desencadeados (Rodrigues, 2007).

Esta situação leva a que muitas destas crianças manifestem falta de investimento académico com tendência para desistirem facilmente das tarefas escolares, o que as conduz ao fracasso e à desmotivação, levando-as muitas vezes ao abandono escolar (Lopes, 1998).

Deste modo, o contexto escolar constitui-se como um cenário problemático tanto para professores como para alunos e reveste-se actualmente de particular importância na intervenção com estas crianças, uma vez que faz parte daquilo que os guidelines internacionais designam por “intervenção Multimodal e Multicontextual”, ou seja, equacionam a intervenção nos vários contextos de vida onde os sujeitos se movem (família, trabalho, escola).

Depois de reflectirmos sobre os factores enumerados anteriormente, constatamos que a questão do comportamento é o factor que está na base das desadaptações a que estas crianças estão sujeitas em contexto escolar e que o professor é o agente educativo que se vê confrontado com esta situação, o que nos levou a equacionar o nosso estudo à volta da seguinte pergunta:

**Quais as percepções e atitudes dos professores do 1º ciclo face aos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA?**

Acreditamos, que só depois de se identificarem as situações que mais condicionam estas crianças na escola, se poderão delinear estratégias de actuação e de intervenção, de modo a que, tanto professores como alunos, possam lidar adequadamente com esta condição. Neste sentido, é nosso propósito contribuir para a alteração da imagem negativa que é dada a estas crianças, apetrechando os professores com novos conhecimentos sobre o assunto. Este aspecto reveste-se da maior importância, dado que, segundo estudos recentes (Snider et al., 2003; Vereb y DiPerna, 2004, cit. Fernández, Minguez & casas, 2007) o conhecimento que o professor tem sobre a problemática da PHDA, pode influenciar a sua atitude em relação à mesma e por outro lado, a sua atitude, enquanto professor, pode contribuir para a mudança na prática pedagógica junto destas crianças.

### 3.2 Hipóteses

As hipóteses consistem numa resposta suposta, provável e provisória a um problema, “um enunciado geral de relações entre variáveis” (Lakatos e Marconi, cit. in. Sousa, 2009).

De acordo com Sousa (2009), as hipóteses “são preposições conjecturais possíveis, lógicas e dedutíveis, do que se pode esperar como resposta ao problema.”

Decorrente da problemática formulada, serão enunciadas as hipóteses, assim com as respectivas variáveis (variável independente e variável dependente) que irão ou não ser confirmadas no decorrer deste trabalho de investigação.

**H 1:** O conhecimento que os professores têm da PHDA influencia a sua atitude face aos comportamentos perturbadores da criança com PHDA.

Variável Independente: formação dos professores

Variável Dependente: atitude dos professores face aos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA.

**H 2:** O modo como os professores encaram os alunos com PHDA condiciona a implementação de medidas adequadas a esta população escolar específica.

Variável Independente: percepção dos docentes relativamente a alunos com PHDA.

Variável dependente: implementação de medidas adequadas.

### 3.3. Objectivos

O principal objectivo do nosso estudo consiste em analisar as percepções e atitudes dos professores do primeiro ciclo do ensino básico face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

O conhecimento que os professores têm da PHDA pode influenciar a sua atitude face à mesma e esta é uma variável que pode influenciar na introdução de mudanças pedagógicas. O estudo da percepção que os professores têm acerca da PHDA (na sua etiologia, principais sintomas, prevalência, causas, comorbilidade, formas de

intervenção) poderá ajudar a compreender o seu nível de conhecimento da PHDA e respectivas consequências.

O modo como os professores operacionalizam a sua prática educativa, o modo como encaram a gestão dos recursos humanos (alunos), que todos os dias têm perante eles, com problemáticas específicas, pode constituir-se como facilitador ou, pelo contrário, aumentar as dificuldades na implementação de medidas adequadas a esta população escolar específica, com PHDA.

Deste modo, parece-nos de todo pertinente este estudo, que pretendemos venha trazer um conhecimento correcto sobre o modo como os professores “vêm” estas crianças, permitindo melhorar a intervenção em contexto escolar.

O presente projecto de investigação tem como principal objectivo analisar os conhecimentos, percepções e práticas dos professores do 1º ciclo do ensino básico no que concerne à PHDA.

Com este objectivo geral, pretendemos dar resposta aos seguintes objectivos específicos:

a) Conhecer a informação que os professores do ensino básico detêm sobre a PHDA;

b) Conhecer as percepções dos professores sobre o impacto da PHDA em contexto escolar;

c) Conhecer as medidas e estratégias de intervenção mais utilizadas pelos professores junto dos alunos com PHDA;

d) Analisar se se verificam diferenças significativas nas percepções e conhecimentos dos professores em relação à PHDA, em função da sua experiência prévia junto de alunos com a perturbação;

### *3.4. Metodologia de investigação*

Todos os estudos apresentam um desenho e um método de investigação.

Segundo Ribeiro, J.L. (2007), são estes que permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher a informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), do modo apropriado, com os

procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspectos mais importantes da investigação.

Segundo Ribeiro, J.L. (2007), as técnicas quantitativas requerem o uso de medidas e de métodos padronizadas convertidas em números.

Na investigação correlacional analisam-se as relações entre as variáveis, sem que se manipulem as variáveis em estudo, Ribeiro, J.L. (2007).

Se os investigadores focarem as relações entre variáveis, diz-se que a estatística utilizada é a univariada ou multivariada (Baltes, et al. 1977 cit. por Ribeiro, 2007).

#### *3.4.1. Opção metodológica*

Existem metodologias mais ou menos adequadas à resolução de certos problemas, à prossecução de determinados objectivos e à realidade que nos propomos conhecer. Assim sendo, a escolha metodológica não deve ser um dado de partida, mas sim uma construção a que chegamos pela análise da realidade que pretendemos conhecer, e dos objectivos a que nos propomos.

A percepção sobre as atitudes dos professores do primeiro ciclo face aos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA, mas também as dificuldades sentidas na prática educativa com estes alunos de um grupo alargado de docentes, com eventual possibilidade de generalização, é interessante, apelando assim ao uso de metodologias quantitativas que nos facilitam o acesso a grandes números, oferecendo assim uma visão global da realidade em estudo.

#### *3.5. Instrumentos de recolha de dados*

A recolha de dados foi feita mediante um instrumento fundamental, o inquérito por questionário. Este permite obter informações junto dos docentes, que serão importantíssimos para o conhecimento das suas atitudes face aos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA.

Gil (1999), define questionário como “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”

Num questionário são utilizados dois tipos de perguntas: perguntas de identificação do sujeito (sexo, idade, etc.) e perguntas de conteúdo que podem apresentar-se de forma fechada ou aberta.

Dentro das perguntas fechadas, há apresenta-se ao respondente um conjunto de alternativas de resposta para que seja escolhida a que melhor apresenta sua situação ou ponto de vista (Gil, 1999), por sua vez nas perguntas abertas o entrevistado responde com as suas próprias palavras.

Os questionários podem recorrer a respostas estruturadas ou não estruturadas. No caso das primeiras, utiliza-se frequentemente uma escala, através da qual os sujeitos expressam o grau da sua aprovação ou rejeição face a uma dada afirmação, supondo que uma resposta numa escala corresponde a uma medida quantitativa dessa mesma aprovação ou rejeição.

Gil (1999) resume as questões que devem ser tidas em conta para justificar a opção por uma entrevista ou um questionário: por um lado, o questionário implica menos custos, possibilita abranger um número vasto de sujeitos, garante o anonimato das pessoas, não expõe os inquiridos à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado, permite a resposta no momento que as pessoas considerem mais adequado; por outro lado, exclui as pessoas que não sabem ler e escrever, impede o auxílio ao informante, não garante que a maioria das pessoas o devolvam devidamente preenchido, proporciona resultados críticos em relação à objectividade, uma vez que os itens podem apresentar significados diferentes para cada sujeito.

### *3.5.1. O questionário*

De acordo com Almeida e Freire (2003), no processo de construção de um instrumento deverá ser definido inicialmente aquilo que se vai avaliar. Neste caso pretendemos saber qual a percepção dos professores do primeiro ciclo do ensino básico face aos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA. Para tal, o instrumento de medida mais adequado foi a construção de um questionário.

O questionário foi delineado após a revisão da literatura para o tema proposto, o que permitiu verificar quais as questões mais pertinentes a estudar.

Assim, seleccionámos dois tipos de questões: questões de caracterização da amostra e questões de conteúdo.

No primeiro tipo de questões pretendeu-se saber o género, idade, habilitações profissionais e tempo de serviço, respeitando sempre o anonimato do indivíduo.

No segundo tipo de questões pretendeu-se saber quais as percepções dos professores do 1º ciclo relativamente à PHDA e quais as suas atitudes, nomeadamente, diferenciação pedagógica, nas suas aulas, no que respeita a alunos com PHDA.

### *3.5.2. Validação do questionário*

Antes do tratamento de dados, o investigador deve assegurar que as informações recolhidas são necessárias, suficientes e que reflectem a realidade. A coerência e a consistência de uma recolha de dados está dependente destes requisitos, com especial destaque, para a validade e fidelidade, de modo a que qualquer investigação atinja os objectivos previamente delineados. A fidelidade refere-se à concordância entre as respostas a perguntas complementares. A validade refere-se a que as perguntas meçam o que realmente pretendem medir.

Foi para concretizar os objectivos do estudo que elaboramos o questionário para que os diferentes itens se adequassem às dimensões do nosso objectivo de investigação.

O questionário foi sujeito a um pré-teste – aplicação em pequena escala, em condições semelhantes às da sua aplicação definitiva – acompanhado pelo método da reflexão falada, que visa analisar o conteúdo e a forma dos itens quanto à sua clareza e compreensibilidade.

Concretamente, foi aplicado a uma amostra de 10 professores do primeiro ciclo do Ensino Básico. No momento da aplicação do questionário foi-lhes pedido, não apenas que procedessem ao seu preenchimento, mas também que exprimissem, por escrito ou oralmente, as dúvidas ou outros comentários que este lhes poderia merecer. Esta análise visa, através da aplicação do questionário a um grupo de sujeitos próximo dos destinatários da prova, corrigir os itens que possam apresentar ambiguidades ou dificuldade de compreensão e detectar os erros de formulação que possam existir (Almeida & Freire, 2000).

O questionário final, aplicado aos sujeitos do estudo, é o que se reproduz em anexo ao presente estudo.

O procedimento delineado para aplicação do questionário foi uma amostragem de conveniência, abrangendo, idealmente, 100 sujeitos.

Todos os questionários são anónimos e precedidos de um cabeçalho explicativo dos objectivos do trabalho em curso, de modo a garantir o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado de todos os participantes.

### *3.6. Amostra*

A amostra é o grupo de sujeitos junto dos quais a investigação se vai concretizar, ou o conjunto de ocorrências ou comportamentos registados. A amostragem tem um impacto importante sobre a qualidade dos resultados, devendo ser, o mais possível, representativa da população. A significância de uma amostra refere-se ao número de elementos que a constitui, ao passo que a sua representatividade se refere à sua qualidade (Almeida & Freire, 2000).

A população em estudo são os professores do primeiro ciclo do ensino básico.

o ser destinado a análise estatística, a amostra de respondentes ao questionário deverá assumir um maior número para garantir a sua significância e representatividade. A amostragem foi realizada por conveniência, recorrendo a contactos informais, solicitando às direcções de alguns agrupamentos onde exerci funções que distribuíssem questionários entre os colegas do primeiro ciclo do agrupamento. O preenchimento aconteceu através de uma plataforma Web ([www.docs.google.com](http://www.docs.google.com)).

---

## **Capítulo III**

### **Apresentação dos resultados**

---

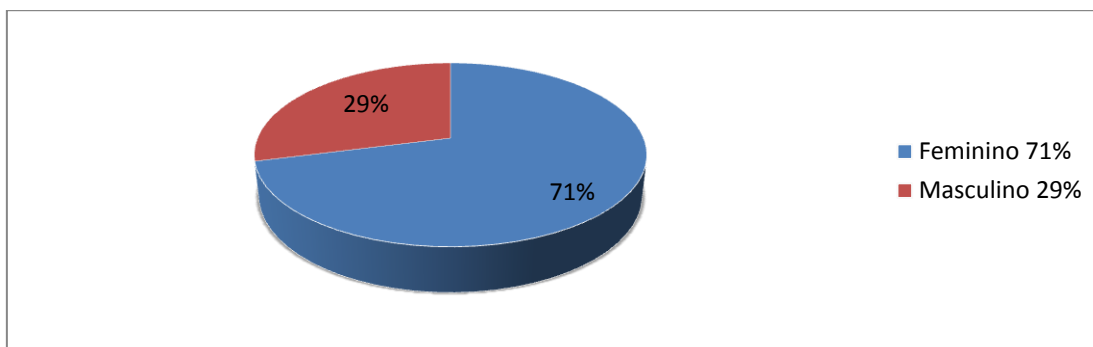
## 4 – Apresentação dos resultados

### 4.1 – Introdução

Ao longo do presente capítulo propomo-nos apresentar, de modo rigoroso e tão pouco permeado pela interpretação quanto possível, os dados obtidos mediante a aplicação de um instrumento de recolha de dados aos professores: o questionário.

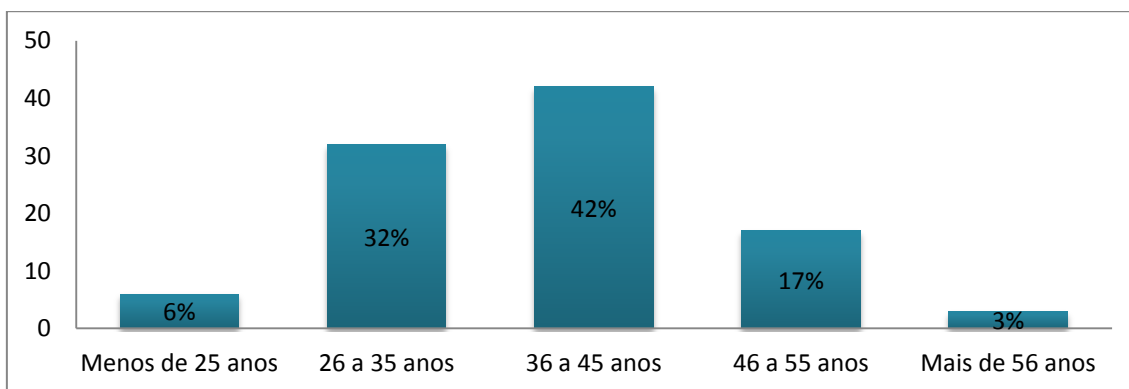
Ao procedermos à apresentação dos dados, verificaremos as respostas dadas às questões, e traçaremos uma linha orientadora de análise para podermos mais facilmente aferir as percepções dos professores do primeiro ciclo face à PHDA.

### 4.2 - Caracterização geral do Universo da amostra



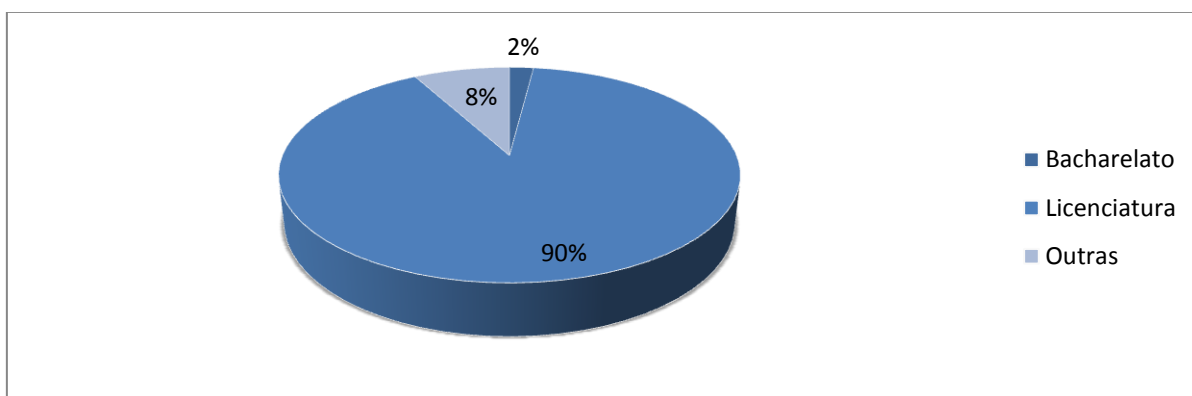
#### Gráfico 1: Género

Os docentes questionados pertencem maioritariamente ao género feminino com 71 respostas o que corresponde a uma percentagem de 71% da amostra e 29 ao género masculino que corresponde a uma percentagem de 29% da amostra.



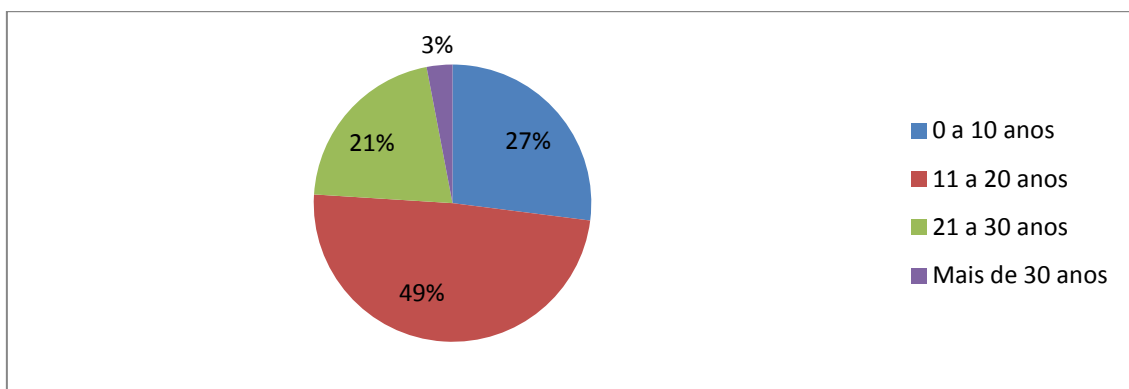
**Gráfico 2: Idade**

Dos docentes que responderam ao questionário, apenas 6 (6%) têm idade inferior a 25 anos e 3 (3%) superior a 56 anos. A grande maioria tem idades compreendidas entre os 26 e 55 anos de idade. Assim, 32 (32%) têm idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, 42 (42%) entre os 36 e os 45 anos e, finalmente, 17 (17%) têm idades entre 46 a 55 anos de idade.



**Gráfico 3: Habilitações profissionais**

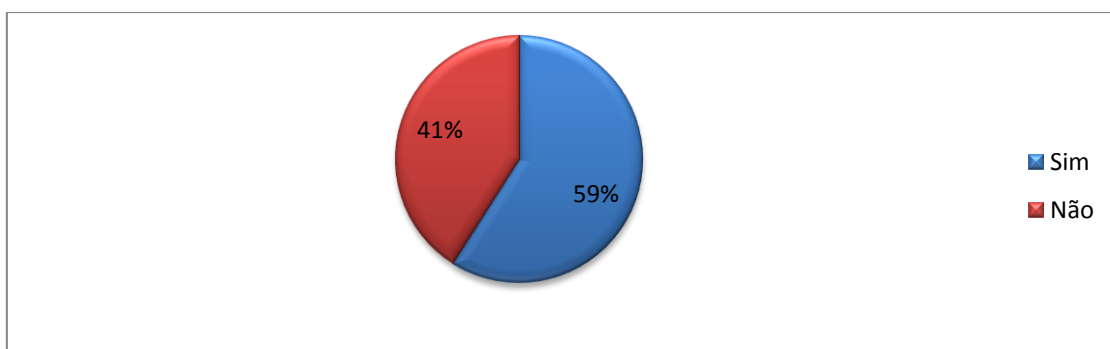
Quanto à formação profissional 2 docentes possuem bacharelato (2%). A grande maioria possui uma licenciatura, 90 docentes, correspondendo a 90% de respostas. Apenas 8 docentes, que correspondem a 8%, possuem outro tipo de formação. Mais especificamente, 2 possuem mestrado e 6 uma pós-graduação.



**Gráfico 4:** Tempo de serviço

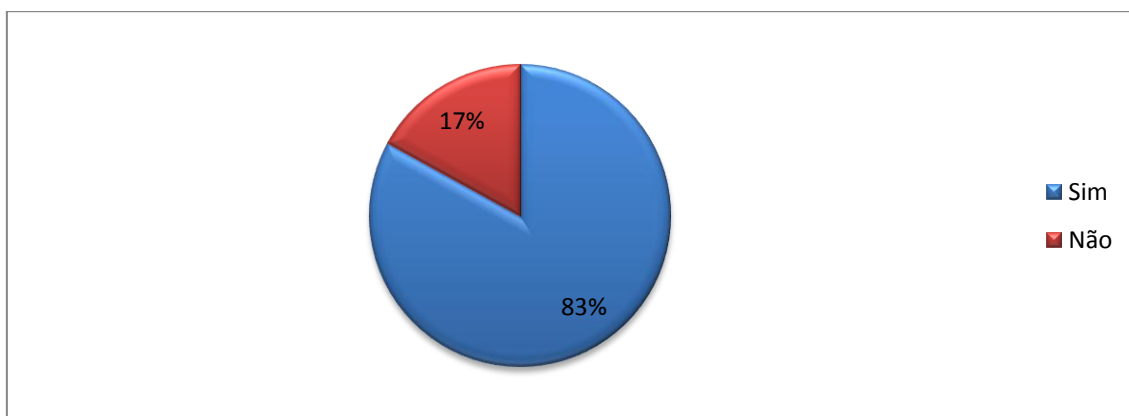
No que concerne ao tempo de serviço, 27 docentes inquiridos têm entre 0 e 10 anos de serviço, correspondendo a 27% da amostra. 49 responderam que têm entre 11 a 20 anos de serviço, que corresponde a 49% do total das respostas. 21 entre 21 a 30 anos de serviço com uma percentagem de 21% do total da amostra e apenas 3 têm mais de 30 anos de serviço, com uma percentagem que corresponde a 3% dos 100 inquiridos.

#### 4.3 – Apresentação dos dados obtidos



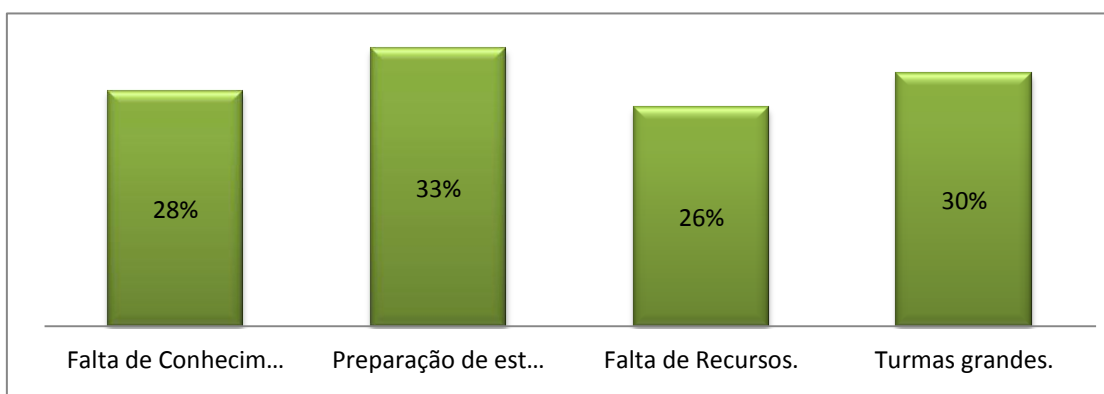
**Gráfico 5:** No decorrer da sua actividade profissional alguma vez trabalhou com crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)?

Como se pode comprovar pelo gráfico a diferença entre os docentes que já trabalharam com crianças com PHDA e os que não trabalharam não é muito significativa. Pois, dos 100 inquiridos, 59 afirmam já ter trabalhado com crianças com PHDA e 41 afirmam nunca ter trabalhado com estas crianças, o que corresponde a uma percentagem de 59% e 41%, respectivamente.



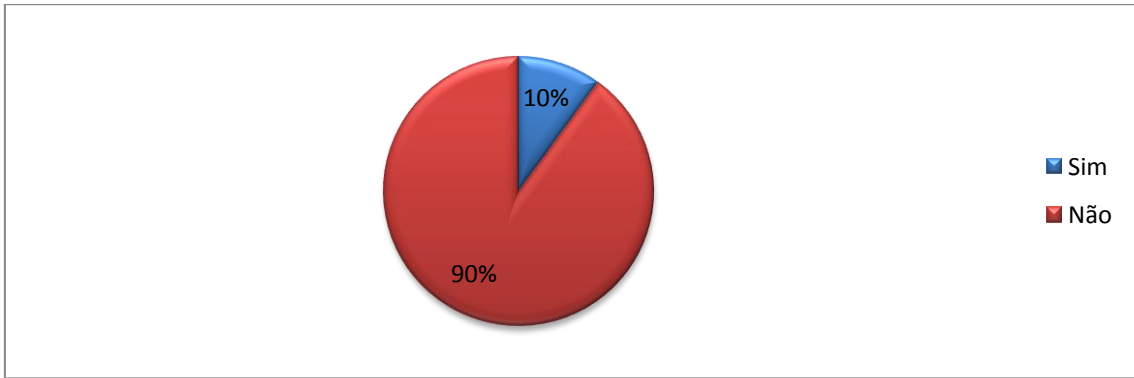
**Gráfico 6:** Se sim, sentiu dificuldades em trabalhar com essas crianças?

Dos 59 docentes que referem já ter trabalhado com crianças com PHDA, 49 afirmam ter sentido dificuldades em trabalhar com essas crianças e apenas 10 afirmam o contrário, o que corresponde, respectivamente, a 83% e 17% dos docentes que responderam sim na questão anterior.



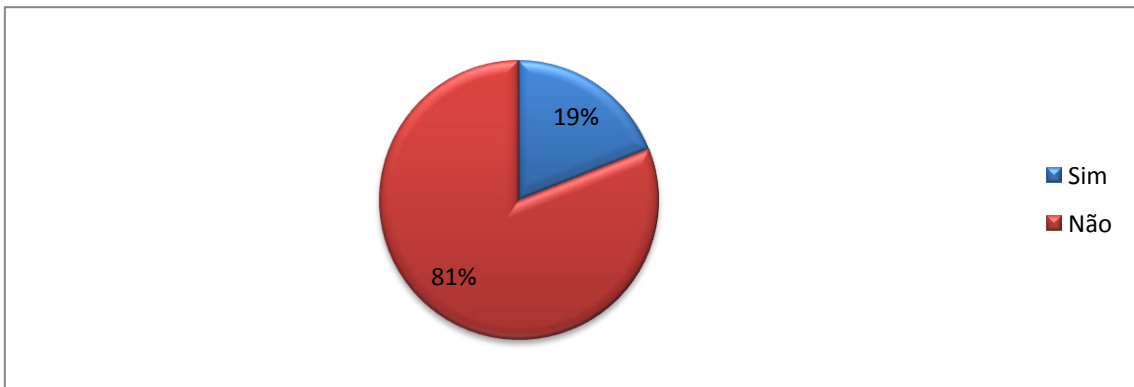
**Gráfico 7:** Se sim, assinale as dificuldades sentidas.

Tal como na questão anterior, também nesta responderam os 59 docentes que já trabalharam com crianças com PHDA. De entre as dificuldades assinaladas salienta-se a preparação de estratégias diferenciadas, a qual foi assinalada por 33 docentes, correspondendo a uma percentagem de 56%, dos 59 docentes que já trabalharam com crianças com PHDA. Seguidamente, aparece a falta de conhecimentos sobre a PHDA com 28 respostas, correspondendo a uma percentagem de 47%. As turmas grandes foram assinaladas por 26 docentes, com uma percentagem de 44% das respostas. Com 26 respostas aparece a falta de recursos e uma percentagem de 44%.



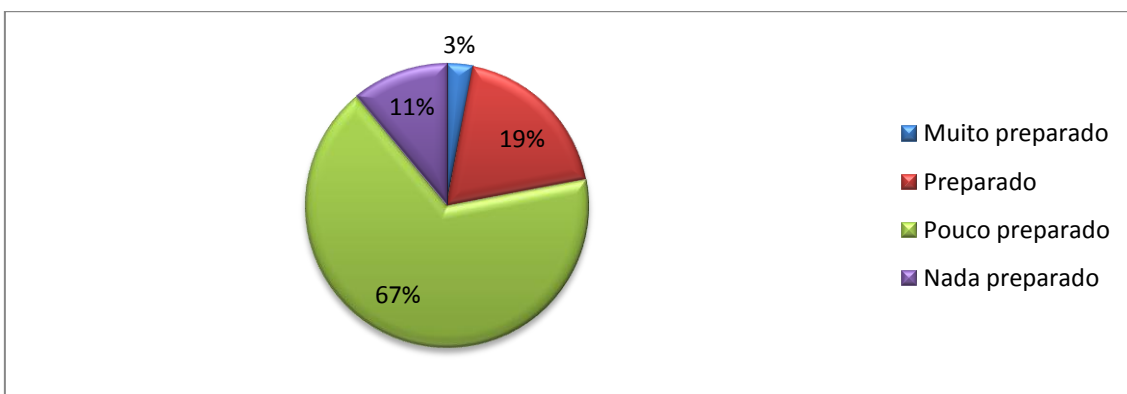
**Gráfico 8:** Acha que a sua formação inicial o capacitou para trabalhar com alunos com PHDA?

Quanto à formação inicial, 90 docentes referem que esta não os capacitou para trabalhar com crianças com PHDA e 10 atestam o contrário, correspondendo a uma percentagem de 90% e 10%, respectivamente, do total da amostra.



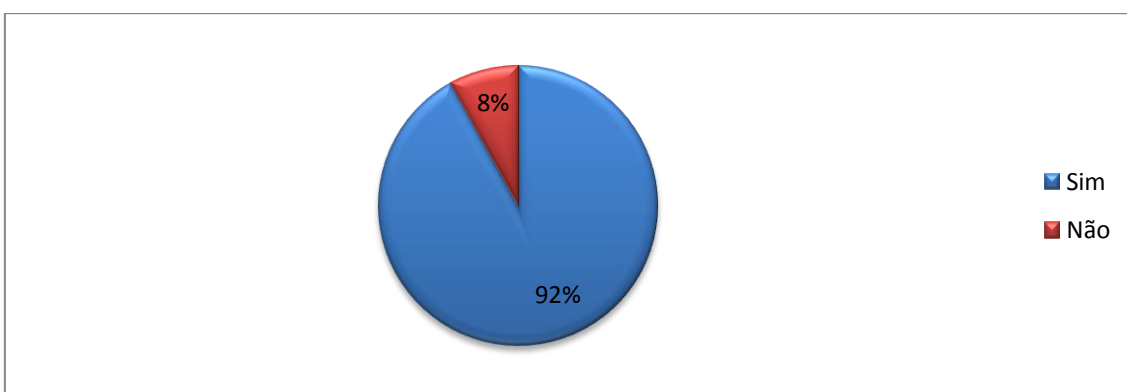
**Gráfico 9:** Já fez alguma formação no âmbito das PHDA?

Quanto à formação realizada 19 docentes referem já ter realizado formação neste âmbito e 81 mencionam não ter realizado qualquer formação nesta temática. Sendo a amostra de 100 indivíduos, correspondem a uma percentagem de 19% e 81%, respectivamente.



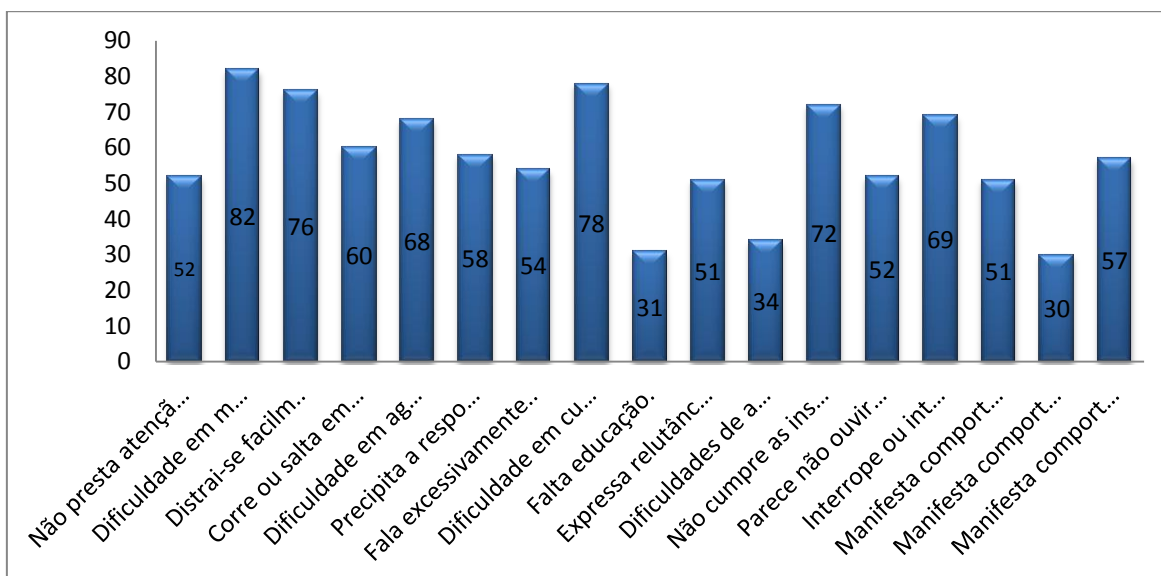
**Gráfico 10:** Como se sente face ao ensino de crianças com PHDA?

Como se pode verificar pelo gráfico, a maioria dos docentes afirma estar pouco preparado para trabalhar com crianças com PHDA, mais precisamente 67 docentes, correspondendo a uma percentagem de 67% do total dos indivíduos da amostra. 19 referem sentir-se preparados para ensinar estas crianças com uma percentagem de 19% da amostra. Dos restantes, 11 docentes dizem estar nada preparados e apenas 3 muito preparados para ensinar estas crianças, equivalendo a 11% e 3% da amostra.



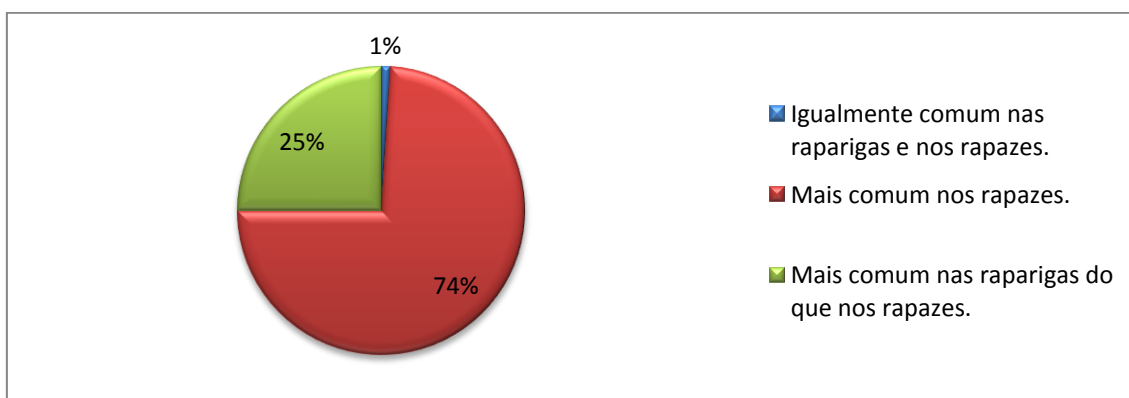
**Gráfico 11:** Sente necessidade de formação nesta temática?

No que corresponde à questão sobre a necessidade de formação nesta temática, 92 confirmam essa necessidade e apenas 8 atestam não sentir tal necessidade, o que equivale a 92% e 8% do total dos indivíduos da amostra.



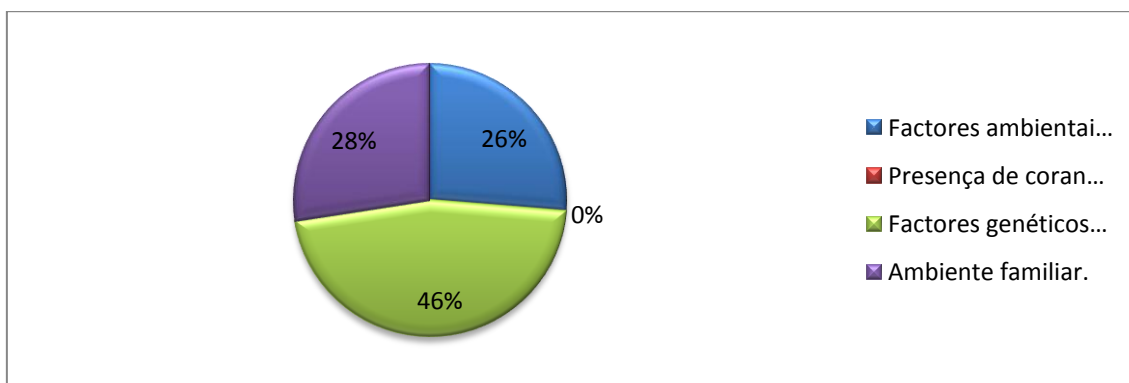
**Gráfico 12:** Assinale as características que o levam a suspeitar de uma situação de PHDA.

De entre as características apresentadas, os 100 indivíduos da amostra assinalaram mais vezes as seguintes opções: dificuldades em manter a atenção em tarefas ou actividades, com 83%; dificuldade em cumprir e respeitar regras, com 78%; distrai-se facilmente, com 76%; não cumpre as instruções e não termina as tarefas, com 72% e interrompe ou interfere nas actividades dos outros, com 69%. No entanto, todas as afirmações foram sinalizadas por alguns docentes.



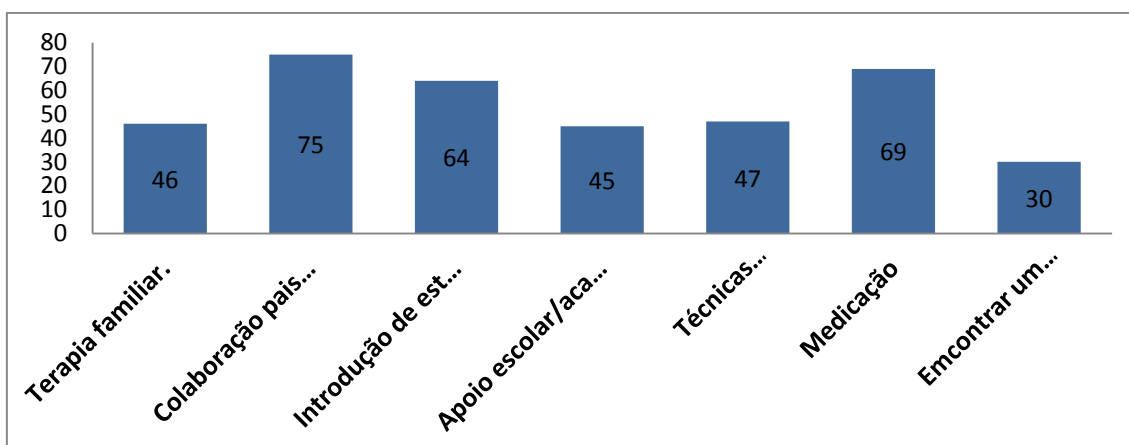
**Gráfico 13:** Classifique quanto à prevalência: A PHDA é:

Como podemos verificar através da observação do gráfico, 74 dos inquiridos responderam mais comum nos rapazes do que nas raparigas, 25 consideram mais comum nas raparigas do que nos rapazes, o que equivale a 74% e 25% do total dos indivíduos da amostra. Apenas 1 docente assinalou igualmente comum nas raparigas e nos rapazes, o que corresponde a 1% dos inquiridos.



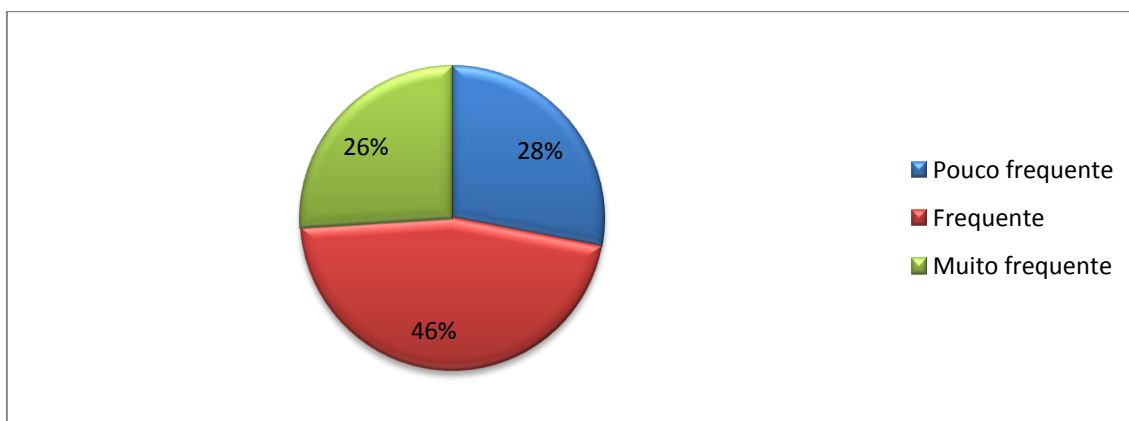
**Gráfico 14:** Na sua opinião o que pode causar PHDA?

Quanto ao que pode causar a PHDA, 46% dos docentes inquiridos assinalaram factores genéticos e neurológicos, 28% referiram ambiente familiar e 26% assinalaram factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez. Nenhum docente inquirido assinalou presença de corantes químicos na alimentação.



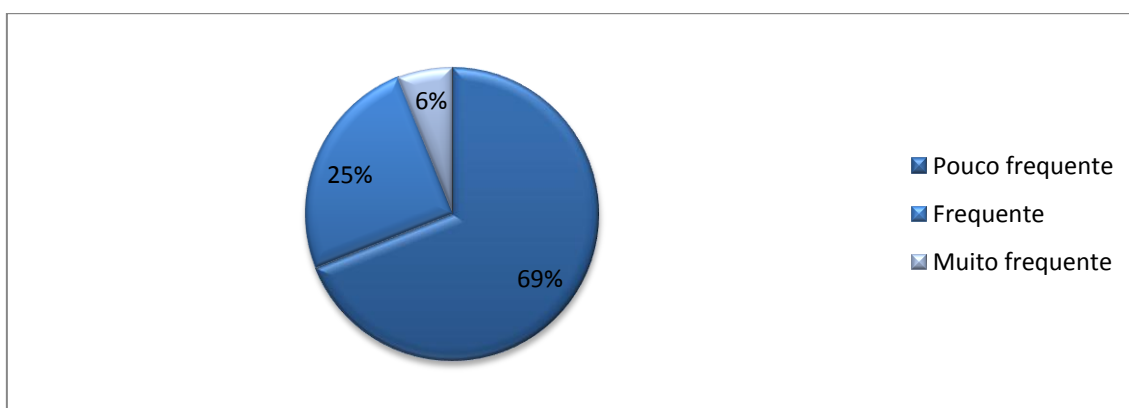
**Gráfico 15:** Na sua opinião qual(is) a(s) forma(s) de intervenção mais profícua(s) para a criança com PHDA?

Pela análise do gráfico verificamos que 75% dos professores inquiridos considera a colaboração com os pais como forma de intervenção mais profícua para crianças com PHDA; 64% considera a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula; 47% assinala técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico; 46% indica a terapia familiar e 45% indica apoio escolar/académico. O encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula foi escolhido por 30% dos professores inquiridos. É de salientar que a medicação foi assinalada por 69% dos inquiridos como sendo uma forma eficaz de intervenção.



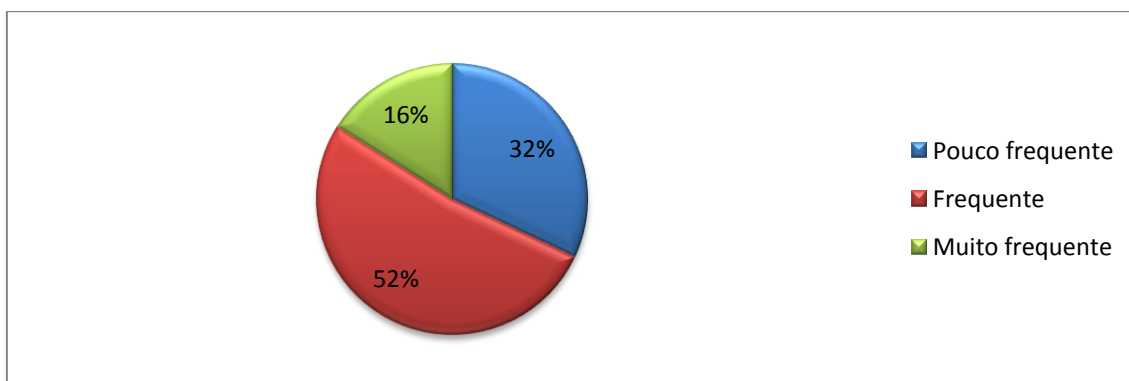
**Gráfico 16:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA - Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...)

Como podemos verificar pela análise do gráfico, 46 % dos inquiridos frequentemente utiliza as recompensas sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...) como estratégias de intervenção em contexto escolar no seu quotidiano com crianças com PHDA; para 28% dos inquiridos esta estratégia é pouco frequente e 26% dos inquiridos utiliza – a com muita frequência.



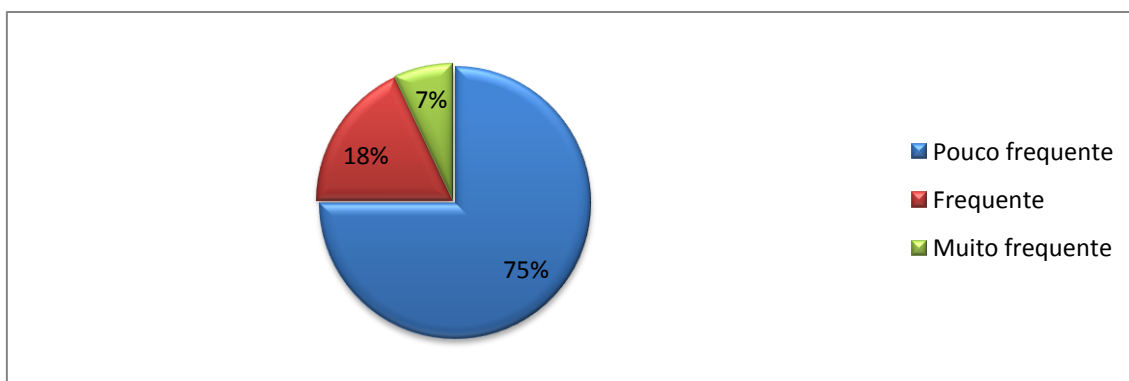
**Gráfico 17:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).

Face ao gráfico exposto, 69% dos inquiridos apontaram como pouco frequente a utilização de recompensas materiais como estratégia de intervenção, em contexto escolar, no seu quotidiano; 25 % dos inquiridos frequente e 6 % dos inquiridos muito frequente a utilização desta estratégia.



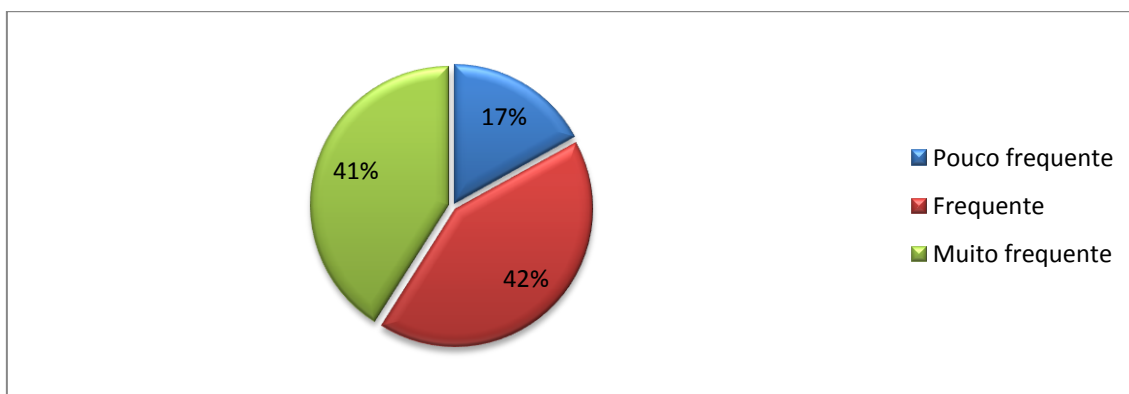
**Gráfico 18:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...).

Através da observação do gráfico verificamos que 52% dos inquiridos frequentemente ignora os pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...) durante o seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA; 32% dos inquiridos considera pouco frequente ignorar estes comportamentos e por último 16% dos inquiridos aponta como muito frequente o ignorar este tipo de comportamentos.



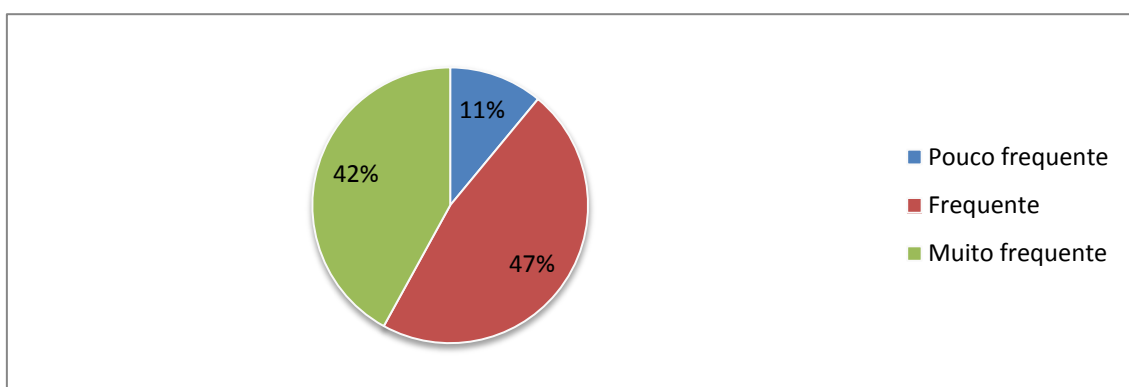
**Gráfico 19:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Time – out (tempo de afastamento da classe).

Em relação a esta estratégia (Time- out), 75% dos inquiridos aponta como pouco frequente a sua utilização; 18% dos inquiridos considera frequente a sua utilização e para 7% dos inquiridos é muito frequente.



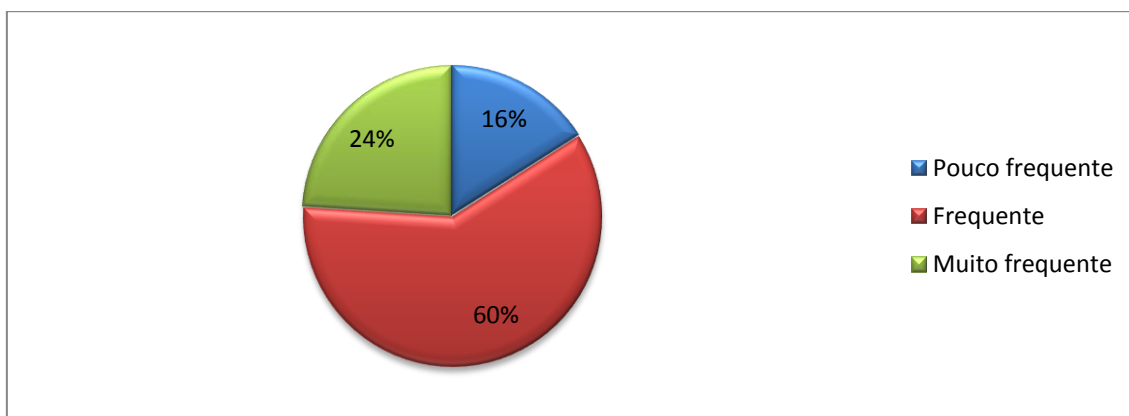
**Gráfico 20:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu cotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).

Através da análise do gráfico aferimos que 42% dos inquiridos organiza frequentemente a sala de aula tendo em conta a presença de uma criança com PHDA; 41% dos inquiridos utiliza muito frequentemente esta estratégia e 17% dos inquiridos poucas vezes (pouco frequente).



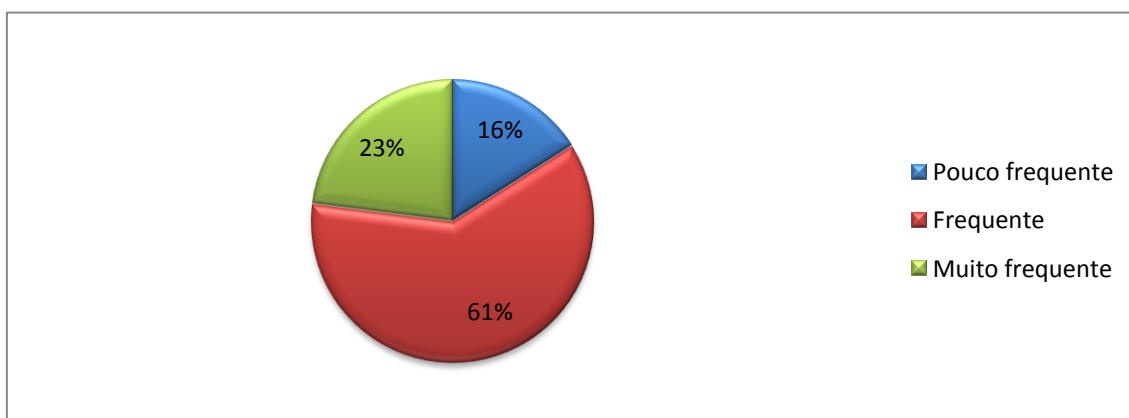
**Gráfico 21:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu cotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.

Tarefas curtas, bem definidas e com sequência são utilizadas frequentemente por 47% dos 100 inquiridos; 42% indicam utilizar este tipo de tarefas muito frequentemente e os restantes docentes, 11%, mencionam utilizá-las com pouca frequência.



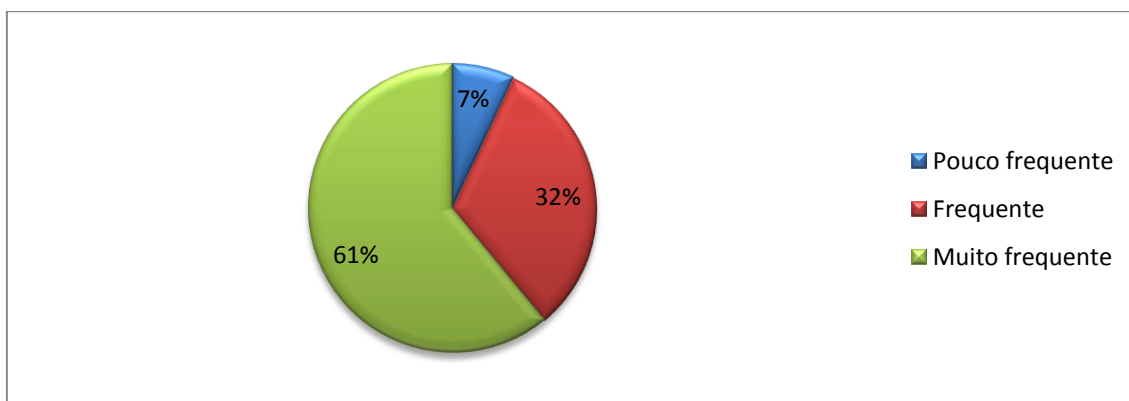
**Gráfico 22:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Sugerir à criança que relate o que está a fazer.

Pela análise deste gráfico verificamos que 60% dos cem docentes inquiridos sugerem à criança que relate o que está a fazer frequentemente; 24% menciona muito frequentemente e 16% dos docentes refere ser pouco frequente sugerir à criança que relate o que está a fazer.



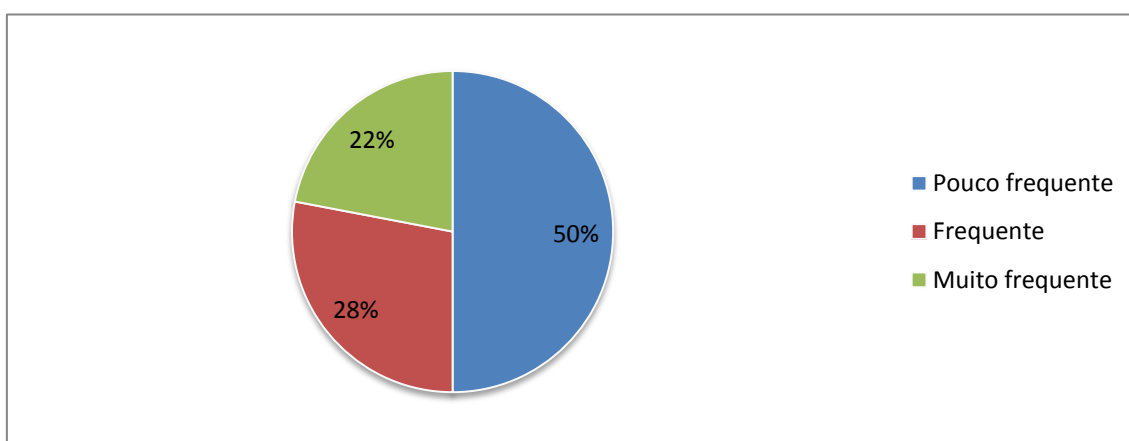
**Gráfico 23:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Organizar uma folha de serviço para anotar os progressos do aluno.

Organizar uma folha de serviço para anotar os progressos do aluno é uma estratégia utilizada frequentemente por 61% dos docentes inquiridos; 23% assinala utilizar esta estratégia muito frequentemente e, por último 16% considera pouco frequente utilizar a referida estratégia.



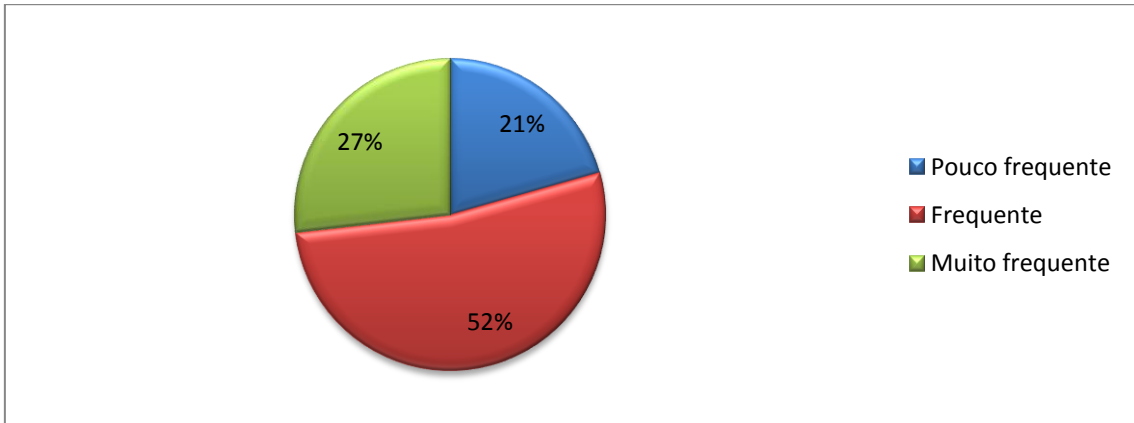
**Gráfico 24:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu cotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Regras da sala identificadas e afixadas na sala

Dos cem docentes inquiridos, 61% considera como muito frequente a utilização das regras identificadas e afixadas na sala de aula; 23% muito frequente e 16% dos inquiridos pouco frequente.



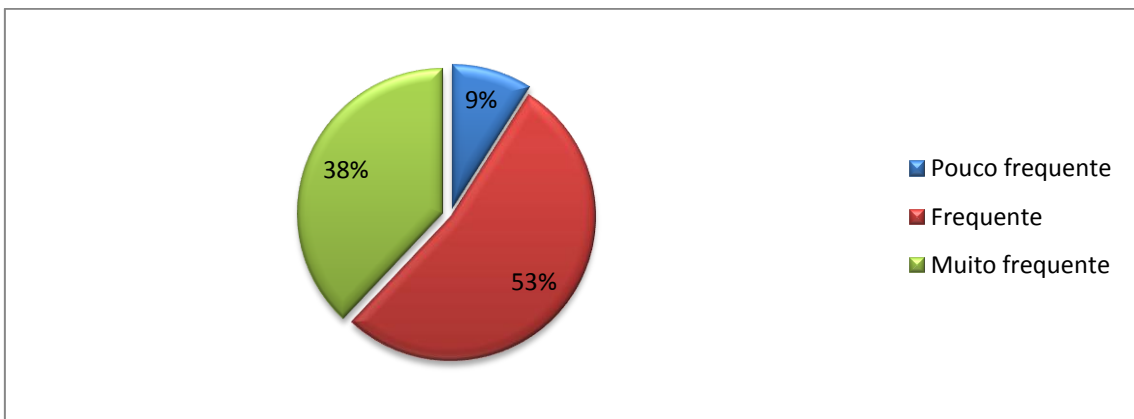
**Gráfico 25:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu cotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).

Quanto às repreensões para comportamentos impróprios, como por exemplo escrever o nome da criança no quadro, 50% dos inquiridos aponta como pouco frequente; 28% menciona frequente e 22% dos inquiridos assinala muito frequente.



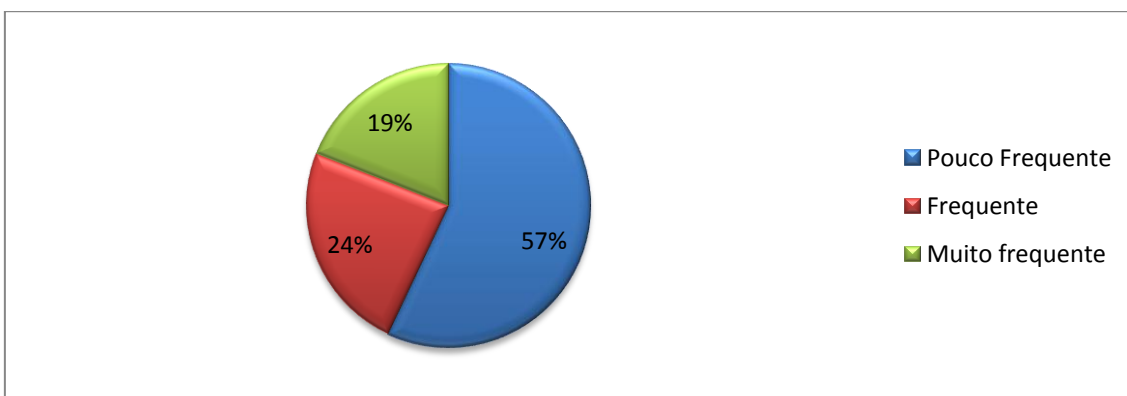
**Gráfico 26:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Repreendas verbais.

No que concerne às repreendas verbais, 54% dos inquiridos menciona frequentemente utilizar esta estratégia; 26% dos inquiridos muito frequentemente e 20% dos inquiridos considera pouco frequente a sua utilização.



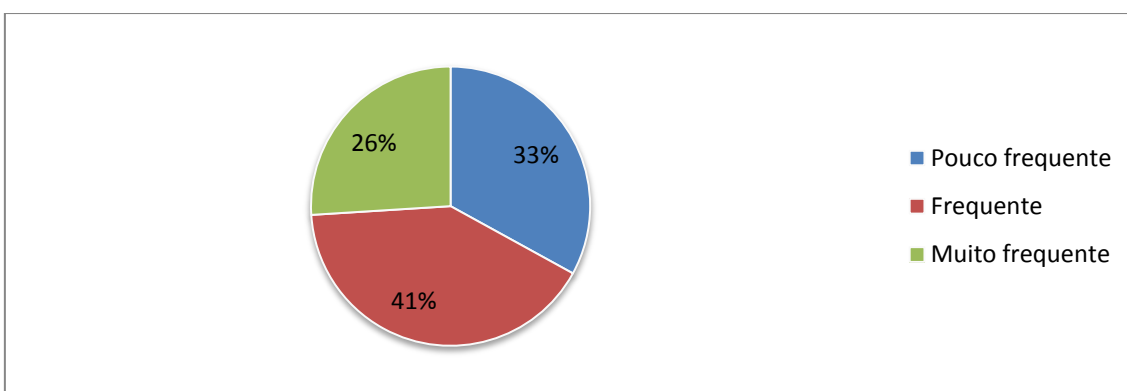
**Gráfico 27:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.

Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno é uma estratégia utilizada frequentemente por 53% dos inquiridos; 38% aponta como muito frequente a sua utilização e 9% como pouco frequente.



**Gráfico 28:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Ameaçar o aluno (“ Se não começares a portar-te bem saís da sala”).

Através da análise do gráfico verificamos que 57% dos inquiridos considera pouco frequente ameaçar o aluno (“Senão começares a portar-te bem saís da sala); 24% aponta como frequente e 19% menciona muito frequente a utilização desta estratégia.



**Gráfico 29:** Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA – Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.

No que diz respeito à utilização desta estratégia (anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento), 41% dos inquiridos refere ser frequente; 33% menciona pouco frequente e, por último 26% dos inquiridos aponta muito frequente.

---

## **Capítulo IV**

### **Análise e discussão dos resultados**

---

## **5 – Análise e discussão dos resultados**

Neste ponto do trabalho vamos apresentar os aspectos que consideramos mais pertinentes da análise dos dados, tendo sempre em linha de conta os objectivos e as hipóteses de investigação.

Importa referir que a amostra é constituída por um número considerável de docentes (100), apesar de não se ter conseguido um número suficiente para se considerar a amostra significativa, não podendo, como tal, generalizar os resultados.

Os dados recolhidos com o questionário possibilitaram satisfazer os objectivos que foram delineados neste trabalho. Deste modo, verificámos que mais de metade dos docentes já trabalhou com crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (59%) e que destes, 83% sentiu dificuldades em trabalhar com estas crianças.

Segundo os dados recolhidos, estas dificuldades fizeram-se sentir essencialmente ao nível da preparação de estratégias e actividades diferenciadas (33%); do elevado número de alunos por turma (30%); da falta de conhecimentos sobre a PHDA (28%) e da falta de recursos (26%).

Como declara Heward (2003), o desafio que enfrentam todos os professores, em especial os de crianças com NEE, é deslindar a combinação de estratégias e de táticas que melhor equivalem às necessidades únicas de cada criança. Franco, refere que esta tarefa exige do professor a capacidade de pôr em prática uma grande diversidade de actividades, métodos e estratégias que contemplem desde o grande grupo ao aluno individual e que requerem diferentes formas de organização do espaço, do tempo e dos materiais.

Considerando que 90% dos docentes considerou que a sua formação inicial não os capacitou para trabalhar com alunos com PHDA e que 81% nunca realizou qualquer formação no âmbito das PHDA, podemos depreender que se os docentes realizassem formação nesta área poderia auxiliá-los a trabalhar com estas crianças superando algumas das dificuldades sentidas. Esta situação é corroborada pelo grau de preparação dos professores face ao ensino de crianças com PHDA e da necessidade de formação nesta temática.

Assim, 11% dizem não se sentirem preparados para trabalhar com estas crianças; 67% dizem sentirem-se pouco preparados; 19% consideram sentirem-se preparados e apenas 3% muito preparados. Cruzando os dados podemos verificar que dos 19 docentes que realizaram formação neste âmbito, 16 docentes, sentem-se preparados

para trabalhar com estas crianças, enquanto apenas 3 docentes se sentem pouco preparados. Ou seja, os docentes que se sentem preparados para trabalhar com estas crianças já, quase todos, realizaram formação neste âmbito. Assim, é de primordial importância que os docentes tenham acesso a formação, capacitando-os para trabalhar com estas crianças.

Quanto à necessidade de formação, 92% dos docentes diz sentir necessidade de formação nesta área.

Como refere Campos, citado por Rodrigues (2006), a profissão de professor exige uma grande versatilidade pois tem que agir com grande autonomia e delinear e desenvolver planos de intervenção em condições muito diferentes. Para desenvolver esta competência, tão criativa e complexa, não basta uma formação académica; é necessária também uma formação profissional”.

Marchesi (2001), sustenta que a formação mantém uma relação estreita com as atitudes perante a adversidade dos alunos. A melhor forma de ultrapassar estas atitudes e expectativas dos professores é desenvolvendo o seu conhecimento sobre a diversidade dos alunos e as competências para os ensinar. O reconhecimento da importância da formação do professor complementa-se com uma reflexão sobre como pode ser enriquecido o currículo, como adaptar o ensino à diversidade dos alunos e como favorecer a aprendizagem cooperativa.

De facto, a PHDA é um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais, que afectam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores Barkley (1995).

No que concerne à prevalência da PHDA a maioria dos participantes do nosso estudo, refere que a PHDA “é mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, contra uma percentagem mais baixa que diz ser igualmente comum nos rapazes e nas raparigas”, apenas uma percentagem muito pequena refere que a PHDA “é mais comum nas raparigas”.

Segundo referências bibliográficas, confirma-se que a PHDA é mais frequente em rapazes do que em raparigas. Há referências que apontam 9 rapazes para 1 rapariga (Ross e Ross,1976, cit por Barkley, 1998). O mais frequentemente apontado é de 6 rapazes para 1 rapariga (Barkley, 2006), apesar de muitos estudos epidemiológicos apontarem uma relação de 3/1 (Barkley, 2006).

Podemos concluir que os professores que participaram no nosso estudo revelam conhecimento neste domínio.

Relativamente às causas que podem provocar o aparecimento da PHDA. A maioria dos participantes do nosso estudo considera que são os “Factores Genéticos” a causa principal desta perturbação, seguindo-se o ambiente familiar e depois os factores ambientais. Os resultados encontrados pelo nosso estudo opõem-se a algumas teorias baseadas em crenças e vai de encontro a resultados encontrados por estudos científicos.

As causas mais apontadas pelos docentes inquiridos, são as mesmas que dominam a investigação nesta área, onde é dado um papel muito importante a factores orgânicos ou psicofisiológicos da PHDA (Barkley,2006).

Algumas teorias referem problemas familiares como, discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais serem uma das causas da PHDA já que, em qualquer perturbação do comportamento, é provável que a criança aprenda a comportar-se de modo “desatento” ou “hiperactivo” simplesmente por ver determinados comportamentos dos pais, o que exclui o papel dos genes (Simões, 2007).

Quando solicitados a assinalar características que os levem a suspeitar de uma situação de PHDA, os docentes inquiridos assinalam com grande destaque as dificuldades em manter a atenção em tarefas ou actividades e, logo de seguida a facilidade em se distrair.

Importa, no entanto, referir que existem estudos que apontam para que possa haver um “sobre-diagnóstico” por parte dos professores (Glass & Wegar, 2000; Havey et al., 2005; Havey, 2007). Os professores tendem a apontar para valores, quanto à prevalência muito superiores ao aceite (DSM-IV-TR), e entendem que há uma quantidade considerável de alunos que não são correctamente diagnosticados. No entanto, num estudo de Mahar e Chalmers (2007), foi possível constatar que os professores que não têm alunos com esta perturbação tendem a achar que a PHDA não está “sobrediagnosticada”, mas sim “sub-diagnosticada”. De acordo com estes autores, a ausência de formação dos docentes, aliada à falta de experiência com a perturbação, leva-os muitas vezes a identificar um aluno com a PHDA simplesmente por este ser desorganizado e distraído, considerando inclusivamente que deve ser medicado, de modo a que, rapidamente, se possam controlar estes comportamentos.

Gutiérrez, Bode e Meerbeke (2005) verificaram que os professores percebem como desatentos um número significativamente superior de alunos, comparativamente com os dados da literatura em geral.

Em consonância com outras investigações na área (Bekle, 2004; Fernández, Mínguez & Casas, 2007; Kleyhans, 2005; Snider, Bush & Arrowood, 2003; West, Taylor, Houghton, & Huydma, 2005), verificamos no nosso estudo que os professores apresentam um nível de conhecimento bastante reduzido sobre a PHDA, convergindo estes resultados com as dificuldades apontadas pelos sujeitos ao nível da sua preparação e (in)formação sobre o tema. Curiosamente, alguns estudos têm apontado inclusive que o nível de conhecimentos dos professores sobre a PHDA não se afasta muito do conhecimento detido pela população em geral (Gomes et al., 2007; McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido & Martin, 2007).

Tal como no estudo desenvolvido por Sciutto, Terjensen e Bender Frank (2000), os resultados do nosso estudo revelam que os professores detêm alguma informação relativa à sintomatologia, tendo pouca ou nenhuma informação relativamente ao tratamento ou informações gerais. Também num estudo de Lourenço (2009) foi possível verificar que é ao nível da sintomatologia que os professores estão melhor informados sobre a PHDA.

Assim, parece que os professores tendem a obter melhores resultados nas questões relativas aos sintomas/diagnóstico, o que poderá dever-se ao facto destas questões estarem mais directamente relacionadas com o que observam nos alunos, no seu dia-a-dia em contexto escolar (e.g. agitação no lugar; levantar-se do lugar sem motivo).

Relativamente à experiência prévia com alunos com PHDA, e como seria de esperar, verificámos que os professores que já tiveram contacto com estes alunos obtiveram uma média de acertos superior àqueles que não tiveram essa experiência. Conforme referem Sciutto e colaboradores (2000), o conhecimento dos professores sobre a PHDA baseia-se sobretudo na experiência já adquirida no contacto com estas crianças. Outros estudos têm apontado, no entanto, a ausência de diferenças significativas no nível de conhecimento dos professores em função do contacto com a problemática (West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005).

Outro objectivo deste estudo foi conhecer as percepções dos professores sobre o impacto da PHDA em contexto escolar. Verificámos que os sintomas de défice de atenção são os que mais rapidamente levam à sinalização e detecção de uma criança com PHDA, ou seja, o nosso estudo vai de encontro a alguns já existentes ao apontar o

Défice de Atenção como o mais assinalado no momento da sinalização (Lourenço, 2009). Outros estudos na literatura apontam os sintomas de hiperatividade como principais na sinalização de uma criança com PHDA (Rodrigues & Encarnação, 2006; Rodrigues & Ribeiro, 2008). Por exemplo, Sciutto e colaboradores (2004) verificaram que os professores percebiam a hiperactividade como mais disruptiva, logo era mais facilmente identificável. De acordo com Barkley (2006), a hiperactividade é característica que mais facilmente se observa e aquela que acarreta mais problemas de comportamento em contexto escolar, uma vez que estas crianças apresentam níveis excessivos de actividade motora ou oral, manifestando agitação e inquietude.

Finalmente, pretendemos neste estudo analisar as estratégias de intervenção adoptadas pelos professores junto dos alunos com PHDA. Numa análise geral, constata-se que as estratégias preferenciais, utilizadas em contexto de sala de aula, consistem na utilização de práticas educativas diferenciadas e na organização da sala de aula, destacando-se também algumas estratégias cognitivo-comportamentais (e.g. monitorização do trabalho do aluno e supressão de privilégios).

A eficácia do uso da gestão efectiva de comportamentos, através da aplicação de contingências, tem sido apontada na literatura como forma de promoção de competências de auto-regulação comportamental e, conseqüentemente, da autonomia do aluno com PHDA (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Nesta linha, Gomes e Ambrósio (2010) apontam para a importância da adopção de estratégias que permitam a diminuição do comportamento inadequado, mas sugerem a menor utilização possível de castigos. No nosso estudo verificamos precisamente que as estratégias menos utilizadas pelos professores são aquelas que recorrem à punição.

As crianças/jovens com PHDA exigem dos Professores muita atenção, dedicação e informação relativamente ao trabalho a realizar, o que provoca nos professores muito cansaço.

Estas crianças quando recompensadas pelos comportamentos positivos e pelos trabalhos realizados, ficam mais motivadas para realizar as tarefas solicitadas pelo Professor.

---

## **Conclusões**

---

## **Conclusões**

Aprender é um direito de todos os alunos, por isso, a Escola tem de modificar estratégias, comportamentos e pedagogias para poder responder às necessidades de todos, essencialmente, dos alunos com NEE.

Uma criança/adolescente passa grande parte do seu tempo na escola, devendo esta ser um espaço de prazer, de bem-estar, de respostas e não de insatisfação, de frustração e de bloqueios.

O professor deve começar por dar o exemplo, ou seja, em vez de rotular, em vez de acusar, em vez de castigar, em vez de apontar, deve perceber a criança e arranjar estratégias que permitam a valorização da própria criança.

Desta forma o nosso estudo tem como objectivo geral conhecer as percepções e atitudes dos professores do 1º ciclo face à PHDA.

Para tal, o instrumento de medida mais adequado foi a construção de um questionário. O questionário foi delineado após a revisão da literatura para o tema proposto, o que permitiu verificar quais as questões mais pertinentes a estudar. Assim, seleccionámos dois tipos de questões: questões de caracterização da amostra e questões de conteúdo.

No primeiro tipo de questões pretendeu-se saber o género, idade, habilitações profissionais e tempo de serviço, respeitando sempre o anonimato do indivíduo.

No segundo tipo de questões pretendeu-se saber quais as percepções dos professores do 1º ciclo relativamente à PHDA e quais as suas atitudes, nomeadamente, diferenciação pedagógica, nas suas aulas, no que respeita a alunos com PHDA.

A PHDA é uma realidade, à qual não se pode fugir, com implicações na sociedade a vários níveis: escolar, familiar e comunitário. A PHDA é um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais, com validade clínica, que afectam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores Barkley (1995). A atestar esta realidade está a quantidade, cada vez maior, de investigações feitas na área, principalmente no estrangeiro, e cada vez mais em território nacional. Estas, trazem novos entendimentos nas suas diferentes vertentes e apenas com elas, estaremos no caminho certo ao nível da intervenção e da promoção do seu sucesso como veículo de uma plena aceitação destas crianças na sociedade.

Justifica-se, assim, a pertinência deste estudo “Conhecimentos, percepções e práticas dos professores no que concerne à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)”.

A literatura revela que as percepções que os professores têm influenciam de modo directo a promoção do sucesso escolar das crianças com PHDA. Para Barkley (1995) a peça chave do sucesso educativo das crianças com esta problemática são os seus professores, que com elas interagem no quotidiano educativo, podendo ajudar numa intervenção mais efectiva e consistente.

A necessidade de um maior investimento na formação de professores sobre o tema é uma das conclusões a retirar deste estudo. Reid, Vasa, Maag e Wright (1994), quando estudaram as percepções dos professores acerca das barreiras à intervenção e à sua auto eficácia em lidar com crianças com PHDA, baseada na sua experiência ou formação anterior, chegaram à conclusão de que os professores com contacto prévio com esta perturbação eram mais confiantes. Mais uma vez, quanto mais cedo for proporcionada a formação e informação correcta sobre esta perturbação, maiores as probabilidades de o aluno conseguir ultrapassar as suas limitações e atingir o tão ambicionado sucesso educativo.

Da análise dos resultados poderemos inferir que os objectivos propostos para este projecto de investigação foram atingidos e ao longo do nosso trabalho já fomos apresentando e analisando de forma muito pormenorizada os dados e discutindo os resultados que apurámos.

Neste sentido, torna-se indispensável equacionar o papel do professor neste cenário, dado que é ele, um dos actores principais do mesmo e por essa via terá de gerir todas as situações que vierem a ocorrer dentro de sala de aula com estas crianças. Mais ainda, na presença de evidências que provam a existência de relação entre o conhecimento que o professor tem sobre a PHDA e a atitude que manifesta face às crianças com esta perturbação. Concretamente, sabe-se que quanto maior é o conhecimento do professor sobre a PHDA, melhor é a abordagem pedagógica a estas crianças. Esta ideia é sustentada também pela hipótese avançada por DuPaul & Stoner (2007), que nos diz, que os problemas sociais experimentados por crianças com PHDA estão inter-relacionados com os problemas de desempenho académico, ao nível da instrução. Isto é, crê-se que o professor tem um papel crítico na forma como prepara e orienta a instrução, de modo a promover e desenvolver as competências académicas e sociais nos seus alunos e assim prevenir e resolver problemas em áreas essenciais,

como estas. O que nos leva ainda a acrescentar e a particularizar que o insucesso experimentado pelas crianças com PHDA, não está apenas relacionado com as características e comportamentos decorrentes da perturbação, mas com uma estreita ligação entre os comportamentos referidos e determinados factores presentes na sala de aula. Estes factores têm influência directa no sucesso destas crianças e têm a ver com o grau de dificuldade das tarefas, com o tempo de duração das mesmas, com os materiais utilizados, muitas vezes pouco apelativos, com a motivação para as tarefas e com o desafio que cada tarefa apresenta (Rodrigues, 2007).

Todos os factores apontados anteriormente estão directamente relacionados com a forma como o professor aborda a sua intervenção pedagógica, e é neste sentido que o seu papel deve ser equacionado, tendo em conta o seu conhecimento sobre a PHDA, a sua atitude face à perturbação e a sua abordagem à criança com PHDA, para deste modo responder à necessidade de intervenção junto destas crianças.

A concretização deste propósito passa, quanto a nós, pela formação de professores abarcando os três pontos referidos: munir os professores com conhecimentos de base empírica sobre a PHDA, estabelecer através desta base, uma ponte motivadora de alterações, nas suas atitudes e prática pedagógica perante crianças com esta perturbação.

Para além da constatação de uma realidade, que é actual, complexa e problemática, este estudo possibilitou-nos enquadrar a PHDA sobre o ponto de vista do professor e da sala de aula, pois é aí, onde parte daquilo que será o futuro destas crianças começa, quer seja para “o bem ou para o mal”. E é aí, que a intervenção deve chegar, sobretudo na modificação de estratégias ao nível académico, uma vez que a obtenção de um bom desempenho escolar é promissor da diminuição dos factores negativos associados à PHDA. A criança com PHDA sentindo que é capaz aumenta a auto-estima, melhora o relacionamento social, a capacidade de atenção, e os episódios ligados à impulsividade diminuem (Lopes, 2004).

---

## **Capítulo V**

### **Linhas futuras de investigação**

---

## **6 – Linhas futuras de investigação**

Outro tema que interessaria desenvolver, prende-se com o confronto entre as percepções dos professores e a dos pais ou famílias dos alunos com PHDA. Mais uma vez qual a projecção destas percepções nestas crianças? Como é que elas reagem às mesmas?

Efectuar estudos idênticos noutras áreas geográficas do país no intuito de comparar os resultados obtidos em diferentes áreas e tirar conclusões mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

Por outro lado, também seria pertinente comparar e perceber quais as percepções e atitudes que os professores dos diferentes ciclos possuem.

## **Bibliografia**

## 8 – Bibliografia

- Altepeter, T. S., & Breen, M. J. (1989). The Home Situations Questionnaire (HSQ) and the School Situations Questionnaire (SSQ): Normative Data and an Evaluation of Psychometric Properties. *Journal of Psychoeducational assessment*, pp. 312-322.
- APA. (2002). *DSM IV-TR - Manual Estatístico e de Diagnóstico das Doenças Mentais*. Lisboa: Clepsidra Editores.
- Association, A. P. (11 de Maio de 2010). Obtido em 11 de Maio de 2010, de [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).
- Baliza, E. G. (2002). *Oa Alunos e a Escola Inclusiva*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana, Educação especial e Reabilitação Psicomotora. Lisboa: FMH.
- Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, V. S., Weaver, A. L., & K. J. Weber, e. a. (2002). How common is Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? Incidence in a population-based birth in Rochester. *Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, pp. 217-224.
- Barkley, R. A. (2006). The nature of ADHD - History. In R. A. Barkley, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* ( pp. 3- 75). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). Associated Cognitive, Developmental and Health Problems. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 122-183). New York: The Guildford Press.

- Barkley, R. A. (1981). Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. In E. J. terdal, *Behavioral assessment of Chidhood Disorders* (2ª ed ed., pp. 60-104). New York: Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2006). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 77 - 121). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - THDA*. São Paulo: Artemed.
- Beckle, B. (2001). Review of Reacherch on teachers' Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperctivity disorder (ADHD). *Australasian Jouranl of Special Education* , 25, pp. 67-85.
- Breen, M. J., & Altepeter, T. S. (February de 1991). Factor Structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire . *Journal of Pediatric Psychology* , pp. 59-57.
- Conners, C. K. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artemed.
- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., & Moore, R. J. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHA: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly* , 21 (2), pp. 171-196.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas - Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente : Questões e perspectivas actuais. *Psychologica* , 19, pp. 165-199.

- Fonseca, A. C., Ferreira, J. A., Simões, A., Rebelo, J. A., & Cardoso, F. (1996). A Escala Revista de Conners para Professores (Conners- 28): Dados Normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia* , pp. 83-87.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., & Rebelo, J. A. (1998). A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório. *Psychologica* , 19, pp. 209-221.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. *Patient Education Counseling* , pp. 1-5.
- Gomes, M., Palmira, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 56 (2), pp. 94 - 101.
- Gomes, M., Palmira, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 56 (2), pp. 94 - 101.
- Júlio, A. R. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lima, M. P. (2006). Atitudes: Estrutura e Mudança. In J. Vala, & M. B. (Org.), *Psicologia Social* (7ª edição ed., pp. Capítulo 8 - 187-2225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lisboa, A. d. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lourenço, M. I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º*

e 3º ciclo de ensino Básico. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

- Melo, A. I. R. (2003). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Doutoramento não Publicada Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade - Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Perez, A. (1994). Dificuldades de Comportamiento. In M. Garcia, *Bases Psicopedagógicas de la Educacion Especial* (pp. 293-318). Alcoy: Ed. Marfil.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade de SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- R. Simões, A. C., Rebelo, J. A., Borges, L., Fernandes, J. B., & al, M. G. (1998 (a)). Hiperactividade na comunidade e hiperactividade em meio clínico: semelhanças e diferenças. *Psychologica*, 19, pp. 111-112.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, M. d. (2008). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar - Estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.
- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 6 (21), pp. 9-12.
- Rodrigues, A. N. (2006). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revisadas (1997) no processo de avaliação da PHDA - Parte II - Diferenças entre professores e pais no processo de referenciação e avaliação. *Revista de educação especial e Reabilitação*, 13, pp. 7-20.

- Rodrigues, A. N. (2005 ). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revisadas (1997) no processo de avaliação da PHDA - (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação* , pp. nº2 - vol. 12 - 71-95.
- UNESCO. (2001). Educação para Todos: o Compromisso de Dakar. *Forum Mundial de Educação para Todos*. Brasília: Acção Educativa.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2006). Representações Sociais e Psicologia do Conhecimento Quotidiano. In P. Social, *Psicologia Social* (7ª Edição ed., pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vera, A., Ruano, M. Í., & Ramirez, L. P. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por deficit de la atencion e hiperactividad. *Colombia Médica* , 38(4), pp. 433-439.

---

**Anexos**

---

# Inquérito por questionário

---

Exmo.(a) Senhor(a): Maria de Fátima Pereira Cardoso, a frequentar o Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor, na Escola Superior de Educação João de Deus, necessita da sua colaboração para realização de um trabalho de investigação que se realiza no âmbito de uma dissertação de mestrado, sob a orientação da Doutora Cristina Saraiva. Este questionário insere-se numa investigação com a seguinte temática: “Perceções e atitudes professores do 1º ciclo do ensino básico face aos comportamentos perturbadores de crianças com Perturbação e Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)”. Todos os dados recolhidos são confidenciais e utilizados única e exclusivamente para a realização deste trabalho.

Obrigado pela sua colaboração.

---

## Género

- Feminino
- Masculino

## Idade

- Menos de 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 a 45 anos
- 46 a 55 anos
- Mais de 56 anos

## Habilitações Profissionais

- Bacharelato
- Licenciatura
- Outra:

## Tempo de Serviço

- 0 a 10 anos

- 11 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- Mais de 30 anos

1 – No decorrer da sua actividade profissional alguma vez trabalhou com crianças com PHDA? Se respondeu "não" passe para a pergunta nº 2.

- Sim
- Não

1.1 – Se sim, sentiu dificuldades em trabalhar com essas crianças?

- Sim
- Não

1.2 – Se sim, assinale as dificuldades sentidas.

- Falta de conhecimentos sobre PHDA.
- Preparação de estratégias diferenciadas.
- Falta de recursos.
- Turmas grandes

2- Acha que a sua formação inicial o capacitou para trabalhar com alunos com PHDA?

- Sim
- Não

3- Já fez formação no âmbito da PHDA?

- Sim
- Não

4- Como se sente face ao ensino de crianças com PHDA?

- Muito preparado
- Preparado
- Pouco preparado
- Nada preparado

5- Sente necessidade de formação nesta temática?

- Sim
- Não

6- Assinale as características que o levam a suspeitar de uma situação de PHDA.

- Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades.
- Dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades.
- Distrai-se facilmente.
- Corre ou salta em situação que é inadequado fazê-lo.
- Dificuldade em aguardar a sua vez.
- Precipita a resposta antes que a pergunta tenha terminado.
- Fala excessivamente.
- Dificuldade em cumprir e respeitar regras.
- Falta educação.
- Expressa relutância em relação ao que não é do seu agrado.
- Dificuldades de aprendizagem.
- Não cumpre as instruções e não termina as tarefas.
- Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.
- Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.
- Manifesta comportamentos desafiadores.
- Manifesta comportamentos agressivos.
- Manifesta comportamentos desobedientes.

7 – Classifique quanto à prevalência: A PHDA é:

- Mais comum nos rapazes do que nas raparigas.
- Mais comum nas raparigas do que nos rapazes.
- Iguamente comum nas raparigas e nos rapazes.

8- Na sua opinião o que pode causar PHDA?

- Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez).
- Presença de corantes químicos na alimentação.
- Fatores genéticos e neurológicos.
- Ambiente familiar.

9- Na sua opinião qual(is) a(s) forma(s) de intervenção mais profícua(s) para a criança com PHDA?

- Terapia familiar.
- Colaboração pais escola.
- Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.
- Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula.
- Apoio escolar/académico.
- Técnicas Comportamentais e cognitivas em contexto clínico.
- Medicação

10- Assinale na lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar a frequência com que utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA

	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Time-out (tempo de afastamento da classe).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surgerir à criança que relate o que está a fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisão frequente do trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repreensões verbais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encaminhar o aluno para a direção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulamento Disciplinar da escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentados” escrito num cartão colado na mesa do aluno).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar conhecimento ao Coordenador de escola acerca do mau comportamento do aluno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a porta-te bem saís da sala”)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

0	
---	--