



Escola Superior de Educação João de Deus

**Conhecimento, atitudes e crenças dos
professores sobre a Perturbação de
Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)**

Por

Ana Rita Costa Martins Alvarez

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.

Março 2014



Escola Superior de Educação João de Deus

**Conhecimento, atitudes e crenças dos
professores sobre a Perturbação de
Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)**

Por

Ana Rita Alvarez

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.

Professor Orientador: Horácio Saraiva

Março 2014

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é um dos diagnósticos mais frequentes nas crianças em idade escolar. Frequentemente, estas crianças apresentam problemas relacionais e comportamentais que dificultam a adaptação no contexto escolar.

Este estudo pretende aferir: i) o conhecimento, formação, atitudes, sentimentos e crenças dos professores relativamente à PHDA; ii) o tipo de estratégias a aplicar aos alunos com esta perturbação; iii) a existência de diferenças do nível de conhecimento da perturbação em função da formação realizada, do tempo de serviço prestado e do número de alunos com PHDA que os professores lecionaram; iv) e finalmente a influência da formação nas atitudes dos professores. Para tal, cinco questionários foram desenvolvidos e testados num universo de 225 professores, de forma a analisar o conhecimento e atitudes, mas também o percurso profissional e estratégias a aplicar.

Os questionários foram estruturados da seguinte forma: i) recolha dos dados dos participantes (Questionário 1); ii) caracterização dos professores acerca da formação, lacunas sentidas na área da PHDA e reportes da sua experiência profissional no ensino destes alunos (Questionário 2); iii) desenvolvimento de um questionário para avaliar o conhecimento dos professores sobre a PHDA (Questionário 3); iv) desenvolvimento de um questionário de forma a analisar as estratégias mais utilizadas com alunos com PHDA, em ambiente de sala de aula (Questionário 4); e v) desenvolvimento do questionário de forma a analisar as atitudes, sentimentos e crenças dos professores acerca da PHDA (Questionário 5).

Os resultados obtidos sugerem que: i) o conhecimento dos professores acerca da PHDA é médio baixo; ii) quanto mais formação os professores realizarem na área da PHDA, maiores conhecimentos apresentam acerca da perturbação; iii) não há diferenças significativas do nível de conhecimento dos professores em função dos anos de serviço e o número de alunos com PHDA; iv) as estratégias mais utilizadas pelos professores baseiam-se no Suporte Emocional, seguidas das Estratégias de Reforço; v) os professores aceitam o diagnóstico da PHDA como um problema educacional válido e legítimo; e vi) algumas atitudes e crenças dos professores são influenciadas pelo nível de conhecimentos/formação dos professores. Deste modo, quanto maior a formação em PHDA, maior o nível de conhecimento, maior a capacidade para lidar eficazmente com esse tipo de alunos e menor o efeito negativo provocado no ambiente de sala de aula.

Palavras-chave: PHDA; Professor; Formação; Conhecimentos; Atitudes; Sentimentos
Crenças; Autocompetência e Estratégias

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common diagnoses for schoolchildren. These diagnoses are often associated with relational and behavioural issues which tend to hinder children's adaptation to the school context.

This study aims to assess the following issues: i) teachers' knowledge, attitudes, feelings and beliefs towards ADHD; ii) the type of strategies to be applied to students with this disorder; iii) the existence of differences in the level of knowledge of the disorder according to the training provided, the length of service and the number of students with ADHD that teachers have taught; v) finally, the influence of teachers' ADHD training in their attitudes. In this regard, five questionnaires were developed and tested in a universe of 225 teachers in order to analyze not only the level of knowledge and attitudes on this subject, but also the professional career and the strategies to be applied regarding ADHD.

Those questionnaires were developed as follows: i) collection of data from the universe of (Questionnaire 1); ii) characterization of the teachers concerning the training they had, the shortcomings experienced in the area of ADHD, and testimonials of their professional experience in teaching these students (Questionnaire 2); iii) development of a questionnaire to assess teachers' knowledge regarding ADHD (Questionnaire 3); iv) development of a questionnaire aimed at analyzing the most used strategies on students with ADHD in a classroom environment (Questionnaire 4); v) development of a questionnaire to analyze teachers' attitudes, feelings and beliefs about ADHD (Questionnaire 5).

Findings obtained in this study suggest that: i) overall teachers' knowledge of ADHD is medium-low; ii) the more training teachers perform in the area of ADHD, the greater the knowledge about the disorder; iii) there are no significant differences in the level of knowledge of teachers resulting from their years of service and the number of students with ADHD; iv) the most used strategies adopted by teachers to address this kind of students are emotional support, followed by reinforcement strategies; v) teachers accept the diagnosis of ADHD as a valid and legitimate educational problem; vi) part of teachers' attitudes and beliefs are influenced by their level of knowledge/training. In this respect, the more training teachers undertake in ADHD, the more knowledge about the disorder they gain, the greater the ability to deal effectively with such students and the lower the negative effect caused by these students in the classroom environment.

Keywords: ADHD; Teacher; Training; Knowledge; Attitudes; Feelings; Beliefs; Self-competence and Strategies

À Maria Rita e ao Santiago, as “luzes” da minha vida!

Agradecimentos

Não posso deixar de agradecer a todos aqueles que me ajudaram neste grande desafio. Por isso o meu muito obrigado:

- Ao professor Horácio Saraiva, orientador da dissertação, por toda a disponibilidade e orientação que me foi dando ao longo da investigação;

- Ao professor José Carochinho e ao meu amigo Octávio Filipe por toda a orientação e ajuda que me deram no tratamento estatístico do estudo e ainda à Dr^a. Julie Kos que me forneceu gentilmente os questionários do seu estudo;

- Ao meu cunhado Miguel Miranda e ao meu pai, José Alvarez, por toda a paciência e ajuda que me proporcionaram em termos de revisão da dissertação, orientação e sugestões de melhoria;

- Às professoras de Ensino Especial, Fátima, Rita e Ana pela ajuda na análise e distribuição dos questionários, assim como pelo incentivo que me deram ao longo da investigação;

- À minha amiga Marta Loureiro pela amizade, ajuda, incentivo e encorajamento que me foi dando nos momentos mais difíceis com que me deparei ao longo do mestrado;

- A Maria por toda a força e alento que me deu ao longo deste percurso;

- Aos meus pais por me terem inculcido a importância do trabalho, dedicação, empenho e esforço que temos de ter ao longo da vida, de forma a alcançarmos os nossos objetivos. Agradeço-lhes também toda a ajuda que me deram na logística de ser mãe e trabalhadora estudante. O vosso amor incondicional ajudou-me a ultrapassar todos os obstáculos da vida;

- Ao meu marido Tiago por toda a paciência, compreensão, ajuda, amor, amizade e apoio incondicional que teve ao longo da realização desta dissertação;

- Aos meus filhos, Maria Rita e Santiago, por me fazerem sentir diariamente a mãe mais feliz e sortuda do mundo. O vosso sorriso é o objetivo da minha vida. Obrigado por toda a compreensão que tiveram sempre que a mãe esteve ausente e não pôde brincar com vocês para se dedicar a este estudo.

Abreviaturas

- **AS:** Anos de serviço
- **CID:** Classificação internacional de Doenças
- **DEFE:** Departamento de Educação e Formação e Emprego
- **DP:** Desvio padrão
- **DSM-IV-TR:** Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, texto revisto
- **KADDS:** *Knowledge of Attention Deficit Disorder*
- **M:** Média
- **N:** Número total de dados
- **NEE:** Necessidades educativas especiais;
- **PHDA:** Perturbação de Hiperatividade com Défice de atenção.
- **QCE:** Questionário da Conduta da Escola
- **QCI:** Questionário da Conduta Infantil
- **t.:** Teste T- *STUDENT*
- **vs.:** Versus
- **%:** Percentagem

Índice

Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Agradecimentos.....	viii
Abreviaturas.....	ix
Índice	1
Capítulo 1: Introdução	7
Capítulo 2: Revisão de literatura	10
2.1. Um pouco de História.....	10
2.2 Enquadramento da PHDA.....	12
2.2.1 Definição	12
2.2.2 Prevalência/Incidência	14
2.2.3 Causas	15
2.2.4 Sintomas	18
2.2.4.1 Características da PHDA	23
2.2.5 Diagnóstico/Avaliação.....	26
2.2.6 Intervenção	35
2.2.6.1 Intervenção Comportamental-Cognitivo	36
2.2.6.2 Intervenção Farmacológica.....	39
2.2.6.2 Tratamento Combinado (farmacológicos vs. Comportamentais-cognitivos).....	43
2.2.6.3 Intervenção no Seio Familiar	43
2.2.6.4 Intervenção no Meio Escolar	45
2.2.7 Conhecimentos e atitudes dos professores	49
Capítulo 3: Metodologia de investigação	59
3.1 Introdução	59
3.2 Objetivos.....	60
3.3 Hipóteses	61
3.4 Instrumentos de investigação	63
3.5 Cronograma	67

3.6 Protocolo de recolha e aplicação de dados.....	67
3.7 Dimensão e critérios de seleção da amostra	68
3.8 Constrangimentos e limitações do estudo.....	69
3.9 Ética da pesquisa.....	69
3.10 Procedimentos estatísticos	70
Capítulo 4: Apresentação dos resultados	71
4.1 Introdução	71
4.2 Caracterização geral do universo da amostra	72
4.3 Análise de dados	81
4.3.1 Amostra A.....	81
4.3.2 Amostra B.....	106
Capítulo 5: Discussão de resultados.....	116
Capítulo 6: Conclusão	125
Capítulo 7: Linhas futuras de Investigação	127
Capítulo 8: Bibliografia.....	128
Capítulo IX: Anexos	138

Índice de Tabelas

Tabela 0: Aspetos a ter em conta na entrevista aos pais.....	33.
Tabela 1: Distribuição dos professores da amostra A e da amostra B por: nível académico, funções atuais, área de formação base e ciclos que leciona.....	74
Tabela 2: Preferências de temas de conteúdos sobre PHDA a incluir na formação inicial de docentes.....	77
Tabela 3 : Tipo de formação realizada pelos participantes	79
Tabela 4: Conteúdos a melhorar no conhecimento sobre PHDA	80
Tabela 5: Resultados do questionário sobre conhecimentos de PHDA	82
Tabela 6: Doze itens que obtiveram maior número de respostas certas	94
Tabela 7: Doze itens que obtiveram maior número de respostas erradas ou “não sei”	95
Tabela 8: Itens que obtiveram maior número de respostas erradas.....	96
Tabela 9: Resultados do nível de conhecimento dos professores por item e por tema.....	97
Tabela 10: Estratégias mais utilizadas pelos professores (Questionário 4).....	98
Tabela 11: Número médio e respetivas percentagens dos professores que escolheram determinado tipo de estratégia	100
Tabela 12: Resultados do teste <i>T-STUDENT</i> relativamente às diferenças do conhecimento sobre PHDA em função da formação realizada durante o período académico e após este período.....	101
Tabela 13: Resultados do teste <i>One way</i> - ANOVA relativamente às diferenças do conhecimento dos professores sobre PHDA em função do tempo de serviço	103

Tabela 14: Resultados do teste <i>One way</i> - ANOVA relativamente às diferenças do conhecimento dos professores em função do número de alunos com PHDA que os professores lecionaram.....	104
Tabela 15: Sentimentos, concepções, crenças e atitudes dos professores acerca das crianças com PHDA (Questionário 5).....	107
Tabela 16: Nível de concordância de cada dimensão afeto aos professores que realizaram ou não formação académica em PHDA. Resultados do teste estatístico T- <i>STUDENT</i> (verificação da relação entre as atitudes e a formação académica em PHDA).....	109
Tabela 17: Nível de concordância de cada dimensão afeto aos professores que realizaram ou não formação pós-académica em PHDA. Resultados do teste estatístico T- <i>STUDENT</i> (verificação da relação entre as atitudes e a. formação pós académica em PHDA).....	110
Tabela 18: Nível de concordância de cada dimensão afeto aos professores que realizaram ou não formação em PHDA. Resultados do teste estatístico T- <i>STUDENT</i> (verificação da relação entre as atitudes e a formação em PHDA).....	112
Tabela 19: Resultados do teste estatístico <i>One Way</i> – ANOVA e do teste <i>Scheffe</i> aplicados para testar as diferenças das atitudes em função do tempo de serviço.....	113
Tabela 20: Nível de influência da formação na eficácia do trabalho realizado pelos professores com os alunos com PHDA.....	114
Tabela 21: Fatores extra que influenciam a melhoria do trabalho realizado pelos professores com alunos com PHDA.....	114

Índice de Figuras

Figura 1: Distribuição dos professores por idades da amostra A e da amostra B	73
Figura 2: Distribuição dos professores por género da amostra A e da amostra B.....	73
Figura 3: Distribuição dos professores por tempo de serviço da amostra A e da amostra B.....	74
Figura 4: Universo dos docentes da amostra A com formação sobre PHDA durante o percurso académico	76
Figura 5: Universo dos docentes da amostra B com formação sobre PHDA durante o percurso académico	77
Figura 6: Formação realizada pela totalidade dos participantes da amostra A	78
Figura 7: Formação realizada pela totalidade dos participantes da amostra B	78
Figura 8: Número de alunos com PHDA com que os professores trabalharam	80
Figura 9: Resultados obtidos no questionário acerca de conhecimentos da PHDA.....	81
Figura 10: Nível do conhecimento dos professores com ou sem formação em PHDA durante o período académico.....	102
Figura 11: Diferenças do nível de conhecimento dos professores em função da formação realizada em PHDA pós período académico.....	102
Figura 12: Diferenças do nível de conhecimento dos professores em função do tempo de serviço dos professores.....	104
Figura 13: Diferenças do nível de conhecimento dos professores em função do. número de alunos com PHDA que os professores lecionaram.....	105

Índice de Anexos

Anexo A: Questionário 1

Anexo B: Questionário 2

Anexo C: Questionário 3

Anexo D: Questionário 4

Anexo E: Questionário 5

Anexo F: Pedido de autorização para preenchimento de questionários pelos docentes do Agrupamento.

Anexo G: Soluções e respetivas justificações do Questionário 3

Capítulo 1: Introdução

“Crianças inquietas, impacientes, impulsivas, que não se centram em objetivos ou finalidades concretas, que saltam de uma coisa para outra (...) não ‘ouvem’, não ‘obedecem’, não ‘fazem caso’” (Garcia, 2001: xiii)

A análise do que escreveu Garcia em 2001, permite-nos recriar o seguinte cenário:

Numa sala de aula, misturam-se crianças apáticas, desatentas e desligadas com outras que se movimentam sistematicamente, distraíndo-se com qualquer objeto, mostrando relutância em permanecer sentadas e apresentando claras dificuldades em controlar os seus impulsos; elas reagem de pronto, como se não houvesse tempo para pensar primeiro na consequência dos seus atos. Trata-se de crianças perturbadoras, agressivas e abusivas em situações sociais (DuPaul & Stoner, 2007). Obviamente que este estado comportamental ocasiona dificuldades na sociabilização com os seus pares, podendo gerar-se situações conflituosas. Assim, quando se estiver na presença destes casos, haverá que equacionar se estamos perante alunos com a patologia específica de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). De facto, os alunos com PHDA têm comportamentos anómalos na sala de aula, quer ao nível do desempenho escolar, quer ao nível do seu relacionamento. Importa pois, dar uma maior probabilidade de sucesso escolar a estes casos, o que exige naturalmente uma variedade de Estratégias Comportamentais e de aprendizagem. Este tipo de abordagem poderá potenciar a prevenção de problemas naquelas áreas (DuPaul et al., 2007).

Deste modo, a PHDA é um problema real ao qual os professores têm que dedicar uma atenção especial e cuidada, tanto mais que poderá trazer consequências negativas ao aproveitamento da turma e aos alunos em particular. Reconhece-se assim a importância do professor no domínio de meios e processos para ensinar alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE), de modo a criar condições que potenciem a igualdade de oportunidades na educação e de aprendizagem em relação aos outros alunos. A estratégia passa pelo natural conhecimento e respeito das necessidades e características do aluno, fornecendo-lhe todas as ferramentas necessárias para que o indivíduo saiba viver em sociedade de forma autónoma e independente (Correia, 1997).

Como é referido por Scituito et al. (2000), apesar da maioria dos professores já ter ouvido falar da PHDA, nem sempre conhece os problemas inerentes a esta perturbação, podendo mesmo existir conceitos errados acerca da mesma. Ao analisar-se a estrutura

dos cursos de educação portugueses deparamo-nos com a seguinte realidade: a maioria dos cursos não fornece qualquer informação ou indicação sobre esta temática, pelo que os professores e educadores que pretendam adquirir algum conhecimento acerca da PHDA, com o objetivo de alcançarem um maior sucesso educativo, terão que por si próprios, procurar formação adicional.

Com este estudo pretende-se criar um retrato do nível de conhecimento e atitudes dos professores sobre a PHDA, maioritariamente na Grande Lisboa, distritos de Setúbal, Aveiro, Guarda, Porto, Viana do Castelo e Braga. O presente estudo, bem como a estrutura definida na elaboração dos questionários, decorrem no seguimento de estudos de investigação realizados por outros grupos de investigadores sobre esta temática, nomeadamente Sciutto et al. (2000) e Kos (2004). Neste sentido, pretende-se ainda compreender se a formação se traduz numa mais valia e/ou necessidade na consolidação dos conhecimentos acerca da PHDA. Deste modo é necessário analisar o grau de conhecimento e as atitudes dos professores para posteriormente avaliar a necessidade de formação acerca desta perturbação.

Na condução dos trabalhos verificou-se a necessidade de estabelecer objetivos específicos, nomeadamente a avaliação do nível de conhecimento em PHDA e como este conhecimento se relaciona com a formação, o número de alunos com PHDA e o tempo de serviço. Pretende-se igualmente analisar os sentimentos, conceções, crenças e atitudes dos professores acerca das crianças com PHDA, bem como se são influenciados pela formação.

Deste modo, a estrutura definida é composta por dez hipóteses:

H1: os professores com mais formação na área têm mais conhecimento sobre PHDA;

H2: os professores com mais tempo de serviço têm mais conhecimento sobre PHDA;

H3: os professores que tiveram mais experiência com alunos com PHDA têm mais conhecimento sobre a mesma;

H4: Os professores com formação sentem-se com maior capacidade e mais instrumentos para lidar eficazmente com a problemática da PHDA do que os professores sem formação;

H5: Os professores com menos formação sentem-se com menos controlo na gestão de comportamentos de crianças com PHDA do que os professores com mais formação;

H6: Os professores sem formação sentem que as crianças com PHDA influenciam mais negativamente o ambiente de sala de aula do que os professores com formação;

H7: Os professores com formação acreditam mais na validade do diagnóstico da problemática da PHDA do que os professores sem formação;

H8: Os professores sem formação são mais influenciados por crenças dos pais/comunidade na forma como gerem a sala de aula do que os professores sem formação.

H 9: Os professores com formação têm mais expectativas acerca das crianças com PHDA do que os professores sem formação;

H10: Os professores sem formação recorrem mais a fatores externos, tais como medicamentos e apoio do professor do ensino especial, para lecionar alunos com PHDA do que os professores com formação.

A amostragem deste estudo é constituída por 225 professores (de qualquer área curricular ou grupo de ensino) que estão a exercer funções na área da Educação, mesmo que em diversos graus de Ensino.

Capítulo 2: Revisão de literatura

2.1. Um pouco de História...

A história do desenvolvimento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é longa e remonta ao final de 1800. Foi em 1798 que se deu o nome de Transtorno de Défice de Atenção/Hiperatividade a um síndrome neurobiológico. Este foi descrito pela primeira vez pelo médico Alexander Crichton (1798) no seu livro intitulado *"An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects."* As características principais deste transtorno, desatenção e inquietação, foram descritas por este autor. Crichton descreve uma doença de desatenção que parece agitar o paciente, fazendo com que este não pare quieto, distraído facilmente. Qualquer alteração do ambiente modifica a atenção destes pacientes. Segundo o autor esses pacientes têm *"the fidgets"*¹. Naquela data salientou-se a importância dos professores compreenderem as características comuns neste tipo de alunos. Para tal as monótonas aulas de gramática grega e latim que tenderiam a uma maior distração, seriam perfeitas para detetar quais os alunos portadores destes sintomas. Para estes alunos nem mesmo as vulgares punições da época, como levar com a vara, eram suficientes para acalmar.

No final de 1800 o médico alemão Heinrich Hoffman, escreveu uma história infantil para o seu filho chamado *"Fidgety Phil"*. Uma tradução de um pequeno excerto desse livro ilustra os comportamentos de Fidgety Phil relacionados com o PHDA: *"Fidgety Phil, he won't sit still, he wriggles, and giggles(...). The naughty restless child growing still more rude and wild"* (Stewart, 1970: 94, cit. por Kos, 2004: 2).

¹ *"In this disease of attention, if it can with propriety be called so, every impression seems to agitate the person, and gives him or her an unnatural degree of mental restlessness. People walking up and down the room, a slight noise in the same, the moving of a table, the shutting a door suddenly, a slight excess of heat or of cold, too much light, or too little light, all destroy constant attention in such patients, inasmuch as it is easily excited by every impression (...) they have a particular name for the state of their nerves, which is expressive enough of their feelings. They say they have the fidgets"* (Crichton, 1798: 272).

*Significado de "the fidgets": *estar desassossegado; remexer-se; não parar quieto.*

Só em 1902 se iniciou a medicação na hiperatividade de crianças com PHDA pelas mãos do *Sir George Frederick Still*, cujas palestras acerca de condições psíquicas anormais nas crianças foram inovadoras. Still (1902, cit. por Kos, 2004) descreveu vários casos de pacientes com sérios problemas em manter a atenção, com comportamentos agressivos, desafiadores, muito emotivos, resistentes à disciplina, mas com um nível intelectual normal. Nestas palestras referiram-se ainda as possíveis causas da hiperatividade: doença física, traumas, história familiar, meio ambiente e diferenças individuais. Tal como a maioria dos técnicos no início do século XX, Still (1902, cit. por Kos, 2004) associava a hiperatividade a uma doença intelectual, argumentando que as crianças padeciam de défice de controlo moral, causado por um estado anormal ou mental proveniente de uma lesão cerebral. Estas crianças eram caracterizadas por sintomas anormais de esquecimento, nervosismo, rancor, roubo, irritação e incapacidade de manter a atenção (Still, 1902, cit. por Kos, 2004).

Alguns dos sintomas descritos por Still em 1902 são objeto de um sistema classificativo constante da DSM-IV-TR² (APA, 2002) que descreve, em particular, três distúrbios de comportamento:

- Perturbação de Oposição: relacionado com comportamentos negativistas, desafiadores, desobedientes e hostis às figuras de autoridade;
- Perturbação do Comportamento: contempla comportamentos: agressivos; não agressivos mas causadores de prejuízos ou destruições; falsificação ou roubos; e violação grave das normas;
- Perturbação de Hiperatividade com Déficit da atenção: conotado com falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade.

Em 1934, Kahn e Cohen (cit. por Kos, 2004) afirmaram que os danos cerebrais podiam resultar num enorme aumento de energia no indivíduo dando origem a comportamentos excessivos, tais como não ficar sentado e ter pouca autonomia. Já em 1937, Bradley (cit. por Kos, 2004) observou que as características primárias da hiperatividade eram défice de atenção, discalculia, hiperatividade, impulsividade e falta de memória. Estes sintomas

² DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, texto revisto) é o manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, que já conta com a 4ª edição. Este fornece uma descrição de psicopatologias através de uma linguagem universal. Entre outros, podemos encontrar um sistema de classificação da PHDA que engloba seis critérios (A a E).

foram ligados a dificuldades no parto (por exemplo, hipoxia³ ou anóxia⁴). Em 1948, Rosenfeld & Bradley (cit. por Kos, 2004) apontavam como causa a pneumonia, sendo a hiperatividade explicada por lesões e disfunções cerebrais mínimas (Holowenko, 1999, cit. por Kos, 2004).

A Ritalina®, um estimulante utilizado até hoje para tratamento dos sintomas desta problemática, foi introduzido em meados dos anos 50. Na altura acreditava-se que a hiperatividade era uma condição infantil e que os seus sintomas desapareciam com o passar do tempo. Só nos anos 80 foi iniciado o estudo da Hiperatividade em adultos. Hoje acredita-se que a causa do PHDA é de origem cerebral. As causas biológicas não estão ainda cientificamente verificadas, apesar de existirem correlações entre a biologia e comportamentos relacionados com a PHDA. (Kos, 2004)

2.2 Enquadramento da PHDA

2.2.1 Definição

A *American Psychiatric Association* (APA, 2002) classifica a PHDA como uma perturbação neuro-comportamental caracterizada pela persistente falta de atenção e/ou excesso de impulsividade-hiperatividade, se comparada com o que se verifica habitualmente em sujeitos de nível semelhante de desenvolvimento. A PHDA traduz-se, na prática, numa desadaptação da criança à vida quotidiana revelada a vários níveis: pessoal, social, familiar e escolar.

Segundo Barkley (2006, cit. por Lourenço, 2009) a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por uma sobre atividade, desatenção e impulsividade inapropriada, pelo que existe um défice de autoregulação cognitiva e comportamental.

A hiperatividade designa uma “*perturbação no desenvolvimento do cérebro infantil*”, onde as associações dos neurónios, que determinam as funções do corpo, não estão de

³ Significado de Hipóxia: *baixo teor de oxigênio*

⁴ Significado de Anoxia: *"ausência" de oxigênio, um agravante da Hipóxia*

acordo com a idade da criança, funcionando assim de forma descontínua e insatisfatória” (Schweizer & Prekop, 1997:13, cit. por Gomes, 2010:18).

Segundo Miranda et al. (1999) a PHDA é uma das perturbações neuro-comportamentais mais frequentes da infância, que se caracteriza por um desenvolvimento inapropriado dos mecanismos cerebrais, reguladores dos processos da atividade motora voluntária, da atenção e dos processos de reflexão. Outros estudos têm revelado diferenças múltiplas a nível do funcionamento do *cortéx* pré-frontal (Greenhill et al., 2003, cit. por Lourenço, 2009).

Segundo Garcia (2001) a definição de Hiperatividade varia consoante os diferentes especialistas. Para uns trata-se de uma síndrome com provável origem biológica e relacionada com alterações cerebrais, causadas por fatores hereditários ou resultantes de uma lesão. Esta ideia é defendida pelo facto de as melhoras serem significativas em termos de comportamento, atenção e concentração, quando tratada com fármacos. Para outros a Hiperatividade é definida como *“um modelo de conduta persistente em situações específicas (...) associada a situações ambientais nocivas”* (Garcia, 2001:2).

Para Safer & Allen (1979) e Serrano (1990, citados por Garcia, 2001:8) Hiperatividade é *“um distúrbio que é concebido como um atraso no desenvolvimento, que constitui um padrão de conduta persistente, caracterizado pela inquietude e pela falta de atenção excessivas e que se manifesta em situações que requerem inibição motora”*.

Os sintomas surgem frequentemente durante a infância, normalmente antes dos 7 anos de idade (APA, 2002). Segundo Barkley (1998) e DSM-IV-TR (APA, 2002) os sintomas relacionados com PHDA podem ser vistos como uma imaturidade comportamental e por isso é difícil distinguir crianças com PHDA até aos 3 anos de idade.

Segundo Lopes (1998:15) esta patologia encontra-se associada a: *“agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc.”*. Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002:87) acrescenta-se ainda a baixa tolerância à frustração, *“arbatamentos emocionais”* e baixa autoestima, entre outros. Estas crianças mostram incapacidade de inibir comportamentos apropriados à sala de aula, tendo dificuldades em manter a atenção na concretização das tarefas propostas pelo professor e em gerir corretamente o tempo e o seu espaço. Como tal, o rendimento escolar é afetado e desvalorizado, criando-se frequentemente conflitos com a família e autoridades escolares.

2.2.2 Prevalência/Incidência

As taxas de prevalência da PHDA variam de investigação para investigação, tendo em conta a natureza da amostra populacional e o método de avaliação. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) a prevalência da perturbação varia entre os 3% e os 7% das crianças em idade escolar.

Segundo Barkley (1982), Gutiérrez et al. (1989), Serrano (1990, citados por Garcia, 2001) 3% a 5 % de crianças em idade escolar são hiperativas. Embora outros autores refiram que a taxa de prevalência em populações normais situa-se até aos 15 %, em amostras clínicas chega aos 50 % (Whalen & Henker, 1991, cit. por Garcia, 2001). Estas ambiguidades de valores podem explicar-se através da: i) diferença de conceito e definição dos vários autores (alguns autores definem como um sintoma, outros como um síndrome); ii) diferença entre os critérios diagnósticos utilizados (DSM-IV-TR versus CID-10); iii) diferença das fontes de informação consultada (informações provenientes de diferentes origens – pais, professores ou médicos – levam a percentagens de incidência diferentes, sendo normalmente superiores quando avaliadas através dos dados fornecidos pelos professores).

A PHDA afeta com maior frequência os rapazes do que as raparigas, independentemente da idade ou de outras variáveis socio-demográficas Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002) a incidência da PHDA é superior nos rapazes variando de 2 a 9 rapazes para cada rapariga com PHDA. No estudo de Breton et al. (1999, cit. por Lourenço, 2009) a proporção é aproximadamente de 3 rapazes para 1 rapariga. Segundo Whalen (1986, cit. por Garcia, 2001) a proporção de incidência de hiperatividade nos rapazes é superior à verificada nas raparigas da mesma idade, variando entre 3 a 9 rapazes para cada rapariga com PHDA. Ross & Ross (1982, cit. Garcia, 2001) afirmam que a proporção é de 5 rapazes hiperativos para uma rapariga. Para Serrano (1990, cit. por Garcia, 2001), 8% dos rapazes em idade escolar sofreram de PHDA, enquanto que a incidência nas raparigas é apenas de 2%. Uma das razões apontada pelos especialistas para a discrepância entre rapazes e raparigas diagnosticadas com PHDA, são os fatores culturais/educacionais, isto é, as expectativas dos pais e professores variam consoante o sexo, assim como as exigências distintas que os adultos adotam consoante o sexo da criança. As diferenças físicas, concretamente as diferenças hormonais e de maturação do sistema nervoso central, também podem justificar esta discrepância, na medida em que a maturidade nos rapazes é atingida mais tardiamente do que nas raparigas, tornando o rapaz mais vulnerável e influenciável a

comportamentos hiperativos. Garcia (2001) aponta ainda como fator a aplicação desigual dos critérios de diagnóstico. Segundo Barkley (1981, cit. por Lourenço, 2009) os rapazes hiperativos apresentam maiores dificuldades em prestar atenção a estímulos relevantes.

Sciutto et al. (2004) realizaram um estudo nos EUA onde abordaram o tipo de atitudes dos professores em relação aos alunos com PHDA, em função do género. Os resultados sugerem que os professores diagnosticam com mais frequência a PHDA a alunos do género masculino, independentemente do tipo de sintoma. Os autores sugerem ainda que a diferença deve-se à forma como os professores percebem a PHDA nos rapazes e raparigas.

Relativamente à prevalência da PHDA nos adultos, Kleynhans (2005) afirma que é de 4,7%. No entanto, segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002) os dados de prevalência nos adultos são imprecisos.

2.2.3 Causas

Ainda hoje as causas da PHDA não são totalmente conhecidas. Segundo Garcia (2001:27) *“as condutas hiperactivas são heterogéneas na sua origem”*. Kos (2004), aponta variadíssimas causas para o PHDA: psicológicas, biológicas e ambientais.

Fatores neurológicos são apontados como uma possível causa para a PHDA. Segundo Villar (1998) estudos recentes estabelecem uma relação entre a capacidade de uma pessoa prestar atenção às coisas e o nível de actividade cerebral. Existem áreas do cérebro menos ativas nas pessoas com PHDA. Segundo Barkley (2006, cit. por Lourenço, 2009) as crianças com PHDA não produzem substâncias químicas suficientes em zonas chave do cérebro que são responsáveis pela organização do pensamento.

No entanto, segundo Garcia (2001) a opinião mais aceite entre os especialistas é que não existem efeitos específicos sobre o comportamento consoante a localização do dano cerebral. Para Taylor (1991, cit. por Garcia, 2001) não é possível estabelecer relação entre este distúrbio e lesões localizadas no cérebro. Não há sintomas claros em crianças hiperativas de que estas sofreram lesões cerebrais.

Garcia (2001:30) refere a existência de alguns estudos que relacionam a hiperatividade e o atraso mental: *“As condutas hiperactivas estão mais relacionadas com o atraso mental”*

do que com o dano cerebral”. No entanto, não é ainda possível confirmar definitivamente esta relação.

A influência do meio ambiente pré-natal, com uso de drogas, abuso de álcool, stress psicológico e complicações durante a gravidez e no parto, podem causar traumatismos crânio-encefálicos e anoxia, responsáveis por mudanças estruturais e funcionais do cérebro que suscitam o desenvolvimento de sintomas associados à hiperatividade. No entanto, segundo Rutter (1977, cit. por Ribeiro, 2011), a lesão cerebral não implica existência de PHDA e a existência de comportamentos hiperativos não pressupõe a existência de alterações no sistema nervoso central.

Crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram infeções neonatais ou anoxemia durante o parto, têm mais probabilidade de desenvolver hiperatividade e problemas comportamentais. Aliás, quanto mais prematuros, maior serão as diferenças a longo prazo e mais difícil será o desenvolvimento adequado e normal (Garcia, 2001).

O consumo do tabaco e o abuso do consumo de álcool pela mãe em fase de gestação está significativamente associada ao grau de hiperatividade e de desatenção dos seus filhos. Um terço das crianças que nascem de mães que consumiram álcool durante a gravidez apresenta comportamentos hiperativos. Aliás Gold & Sherry (1984, cit. por Ribeiro, 2011) afirmam que o excesso de álcool durante a gravidez é responsável por problemas de aprendizagem, défice de atenção, atraso psicomotor e perturbações do comportamento.

Fatores genéticos são outra causa apontada para o PHDA. Segundo Melo (2003, cit. por Lourenço, 2009:29) a hereditariedade tem um grande peso.

“Os estudos genéticos evidenciam uma tendência familiar e hereditária e avançam com a identificação de genes candidatos envolvidos na regulação do sistema dopaminérgico⁵ que por sua vez enerva os circuitos frontoestriados⁶, aumentando a susceptibilidade para uma PHDA “.

Segundo Garcia (2001) a hiperatividade pode ter origem biológica, alterações cerebrais, resultantes de lesões ou fatores hereditários. Na realidade pensa-se que as características bioquímicas, que influenciam o aparecimento de sintomas de PHDA,

⁵ Significado de Dopaminérgico: *“relacionado com a dopamina”, sendo a dopamina um dos neurotransmissores mais comum no sistema nervoso central.*

⁶ *circuitos que conectam com todas as áreas corticais e que fornecem toda a informação necessária para a tomada de decisões*

possam ser transmitidas de pais para filhos. Estudos revelam que 20% a 30% dos pais das crianças hiperativas manifestam comportamentos igualmente hiperativos durante a sua infância (Villar, 1998). Segundo um estudo realizado por Goodman & Stevenson (1989, cit. por Ribeiro, 2011) concluiu-se que a hereditariedade relativamente à hiperatividade, situa-se entre 30 a 50%, o que significa que os fatores genéticos têm um papel significativo na perturbação. No entanto, Garcia (2001) relembra o facto de ser natural que os filhos de pais com distúrbios psicológicos sejam mais hiperativos, pois o ambiente onde vivem é mais destruturado e problemático. É de salientar que fatores psicossociais influenciam a hiperatividade infantil.

Existem estudos que mencionam o facto da dieta alimentar influenciar a prevalência da PHDA (fatores biológicos). Miranda & Santamaría (1986, cit. por Garcia, 2001) relacionaram a hiperatividade com o consumo de açúcar e hidratos de carbono. Assim, alguns tipos de açúcar, corantes e conservantes, podem ter relação com a prevalência da PHDA. Observou-se por exemplo, que em crianças hiperativas que consumiam muito açúcar, o seu nível de agitação aumentava. Para Baumgaertel (1999, cit. por Kos, 2004) dieta e nutrição são importantes para o humor e comportamento, bem como para o desenvolvimento neuronal. Com base na experiência clínica, Feingold (1975, cit. por Garcia, 2001) argumentou que os aditivos alimentares e salicilatos⁷ foram responsáveis por problemas comportamentais em mais de metade das crianças, com o que hoje é conhecido como PHDA. Esta conjectura foi testada alguns anos mais tarde por Wender (1986, cit. por Kos, 2004), que constatou que apenas 1% da amostra apresentada melhorou o seu comportamento através de mudanças na dieta.

Whalen (1986, cit. por Garcia, 2001) afirma que os benefícios dos sintomas da problemática que se atribuem à dieta de aditivos dos alimentos se devem a alterações nos hábitos alimentares e na preparação dos alimentos, isto é, na alteração da dinâmica familiar.

Segundo Garcia (2001), os resultados das investigações para determinarem as causas biológicas são confusos e inconsistentes. Como tal, nunca chegou a ser provado que a terapia nutricional é um tratamento fiável ou válido para a PHDA. Segundo Barbaresi et al. (1998), DiBattista & Pastor (1993, citados por Scitutto et al., 2000) e Jerome et al. (1994) é falso o juízo que os sintomas de PHDA são causados ou modificados por mudanças dietéticas.

⁷ Os salicilatos são utilizados comumente em analgésicos e antipiréticos.

A exposição ao chumbo existente no ambiente é apontada como uma possível causa para a problemática. Quantidades de chumbo que permanecem no corpo humano durante muito tempo podem levar a alterações de comportamento e do rendimento. No entanto não existem provas fiáveis que relacionem esta relação (Garcia, 2001).

Existem teorias que apontam os fatores familiares como uma das causas que pode favorecer o aparecimento da PHDA. Segundo Olson et al. (1990) a maneira de interação entre pais e filhos afeta a autorregulação da criança. Problemas familiares como discórdia conjugal, baixa instrução da mãe e famílias monoparentais podem ser algumas das causas da PHDA. A criança aprende a comportar-se de modo desatento ou hiperativo pelo facto de assistir a determinados comportamentos dos pais (Simões, 2007, cit. por Lourenço, 2009). No entanto, este autor salienta que as dificuldades familiares são mais uma consequência do que uma causa. Segundo Mash (1986, cit. por Ribeiro, 2011) as mães frequentemente deprimidas, descontentes com o casamento e alvo de frequentes discórdias conjugais têm mais filhos hiperativos do que mães com vidas vulgares. Existem dados indicadores de que mães mais críticas, punitivas e impositivas são frequentemente mães de crianças com PHDA. Barkley (1998) afirma que as mães parecem ter mais problemas em lidarem com crianças portadoras da perturbação do que os pais. Este facto pode ser devido aos pais apresentarem maior firmeza na disciplina das crianças. Para Falardeau (1997) a atitude dos pais não influencia a génese da PHDA. No entanto, os problemas familiares e económicos, como a pobreza e o desemprego, aumentam a possibilidade do acréscimo de problemas comportamentais e emocionais à PHDA. Garcia (2001) vai de encontro aos fatores descritos por Falardeau (1997), acrescentando que as características profissionais dos pais e os estilos educativos que os adultos adotam podem influenciar a conduta das crianças. No entanto, as condições sociais não são determinantes na origem da hiperatividade, mas causam efeitos psicológicos na família.

2.2.4 Sintomas

Parker (1994) afirma que a interferência dos sintomas tem que se fazer sentir em dois ou mais contextos e devem existir provas de interferência no funcionamento social, académico ou ocupacional. No entanto, estes mesmos sintomas não podem advir de outras desordens do foro psiquiátrico.

Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002) torna-se complicado estabelecer o diagnóstico da PHDA em crianças com idade inferior a 4 ou 5 anos, devido ao seu comportamento característico ser muito variável, podendo apresentar sintomas do PHDA, apesar de não o ser.

A hiperatividade das crianças traduz-se por uma irrequietude anormal devido à sua excessiva atividade, impedindo-as, em muitas situações, de controlar as suas próprias emoções e impulsividade. Estas crianças nunca estão um momento paradas, mexendo em qualquer coisa, denotando por vezes uma curiosidade excessiva que alterna com momentos de insatisfação e desinteresse por algo que se prolonga durante muito tempo (Gomes, 2010).

Segundo Schweizer et al. (1997:16, cit. por Gomes, 2010: 20), os comportamentos mais evidentes numa criança hiperativa dentro da sala caracterizam-se pela:

“incapacidade de ficarem sentadas calmamente no seu lugar, mudando de uma actividade para outra, sem descansar, estão sujeitas a todos os estímulos exteriores, assim como os seus impulsos internos. Porque não conseguem distinguir o que é importante do que não é e por não terem perseverança, nunca chegam a concluir o que uma vez começaram. Estas crianças encontram-se em agitação permanente e pelo facto de não se conseguirem manter fora, seja do que for que as rodeie, é-lhes impossível prever perigos ou mesmo o seu próprio comportamento”

Alguns dos comportamentos verificados em crianças hiperativas são:

- movimentação excessiva das mãos e dos pés, dificuldade em permanecer sentado, em situações em que tal é esperado, correr e saltar de forma excessiva em situações desapropriadas;
- nervosismo, impulsividade e impaciência;
- incapacidade de terminar as tarefas que começa;
- grande sensibilidade;
- carácter perturbador;
- carácter desafiador, submisso e imprudente face à autoridade;
- interromper incessantemente os outros nas conversas e nas actividades;
- falar em demasia;
- impaciência (dificuldade em aguardar pela sua vez);
- pouca tolerância à frustração;

- dificuldade em seguir normas;
- rendimento escolar oscilante;
- baixa popularidade entre os colegas, explorada facilmente pelos outros;
- comportamentos imprevisíveis;
- lentidão a copiar a informação;
- perda de material escolar e má apresentação dos trabalhos (Gomes, 2010:19);

Garcia (2001) caracteriza as crianças hiperativas em idade pré-escolar com uma atividade motora excessiva. Esta vai diminuindo com o seu crescimento. Na chegada à adolescência tornam-se impacientes, não cumprindo normas e obrigações sociais, escolares e familiares. Apenas 25 % das crianças hiperativas evoluem positivamente, chegando à adolescência e à vida adulta, sem sintomas específicos desta problemática (Whalen, 1986, cit. por Garcia, 2001). O facto de um adolescente ou adulto continuar a demonstrar indícios da problemática, está mais ligado “à *influência de fatores como a gravidade e a permanência dos comportamentos alterados, e a existência de distúrbios de conduta e problemas psicológicos nos pais, do que à presença da perturbação nos primeiros anos de vida*” (Garcia, 2001:25)

Gutiérrez et al. (1989, cit. Garcia, 2001:22) apontaram a evolução dos indicadores da hiperatividade da seguinte forma:

✓ Dos 0-2 anos:

- “*Descargas mioclónicas⁸ durante o sono*”;
- Problemas no ritmo do sono e da sua alimentação;
- Curtos períodos de sono e despertares sobressaltados;
- Resistência aos cuidados rotineiros;
- Reação reativa aos estímulos auditivos;
- Irritabilidade.

✓ Dos 2-3 anos:

- Linguagem expressiva imatura;

⁸ Significado de descargas mioclónicas: *contrações repentinas, incontroláveis e involuntárias de um músculo ou grupo de músculos*

- Atividade motora excessiva;
- Pouca consciência do perigo;
- Propensão a sofrer numerosos acidentes.

✓ Dos 4-5 anos:

- Problemas de adaptação social;
- Desobediência social;
- Dificuldades em acatar normas.

✓ A partir dos 6 anos:

- Impulsividade;
- Falta de atenção;
- Insucesso a nível escolar;
- Comportamentos anti sociais;
- Problemas de adaptação social.

No campo das emoções e afetividade, segundo Barkley (1990, cit. por Lourenço, 2009:35) umas das principais características das crianças com PHDA é a dificuldade de autorregulação das emoções: a irritabilidade, a hostilidade, a excitabilidade e a hiperatividade emotiva são descritas frequentemente nas crianças com PHDA.

Estudos (Erhardt & Hinshaw, 1994; Gresham et al., 1998;. Hinshaw & Melnick, 1995; Pfiffner & McBurnett, 1997, cit. por Kos, 2004, Garcia, 2001, Barkley, 1998) têm mostrado consistentemente que crianças com PHDA tendem a ter muita dificuldade em se relacionar com os seus pares. A agressividade física é um sintoma que está associado ao transtorno de conduta que é frequentemente comórbida com PHDA (APA, 2002). No entanto não é um dos sintomas de PHDA. De acordo com a Gresham et al. (cit. por Kos, 2004), até 70% das crianças com PHDA não apresentam reciprocidade nas experiências de amizade com colegas. Além disso, crianças com desenvolvimento típico não querem criar amizade com os seus pares afetados com PHDA, em particular quando aquelas apresentam sintomas de hiperatividade. Explica-se este fenómeno pela dificuldade que as crianças com PHDA têm em controlar o seu comportamento, tornando-se agressivas. Os pares de desenvolvimento típico reagem negativamente àquele comportamento, rejeitando aquelas companhias para atividades lúdicas. Ora,

como as crianças com PHDA podem ter dificuldade na leitura dos sinais sociais dos seus pares, estas respondem de forma inadequada. Porém, as crianças com PHDA não são desagradáveis propositalmente, pois elas são vítimas da sua própria autoestima que é muitas vezes baixa, sentindo-se solitárias e tristes pela rejeição dos seus pares, querendo desesperadamente encaixar-se (Kos, 2004).

É curioso que crianças com PHDA mostram menos problemas comportamentais em ambientes não familiares do que em ambientes de família. Não é invulgar encontrar alunos com PHDA que tenham melhor aproveitamento no início do ano escolar. Na realidade, ainda não tiveram tempo para se relacionar com os novos professores, turma e seus pares (Barkley, 1998).

As crianças que sofrem de PHDA estão por norma insatisfeitas e descontentes com a sua atividade, sendo muitas vezes incapazes de terminar uma tarefa. As suas atitudes críticas e desdenhosas perante os outros é a forma de mascarar um complexo de inferioridade (Selikowitz, 2009). Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com PHDA do que em crianças normais (Barkley, 1998)

O PHDA altera comportamentos relativamente à denominada memória de curto prazo. As crianças mostram sérias dificuldades em se lembrarem do que estudaram há pouco tempo, recordando-se porém, de acontecimentos ocorridos há muito tempo. Para Rodrigues (2004) a alteração da memória de curto prazo implica dificuldades acrescidas na escrita, leitura, matemática ou na exposição de um tema oral, pela dificuldade que a criança tem em reter informação, comprometendo desta forma as suas capacidades de planeamento e organização. Uma criança com sintomas de desatenção pode ter dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades laborais ou lúdicas (APA, 2002). Para além do comportamento desatento, elas têm dificuldade em realizar mais do que uma ação, pela razão de se distraírem facilmente ou de se esquecerem do que estavam a fazer. No entanto, essas crianças conseguem manter a sua atenção em tarefas novas e que gostem (Drummond, 2000, cit. por Kos, 2004). É por isso frequente deixarem perdidos materiais ou objetos (Selikowitz, 2009).

As crianças com PHDA têm dificuldades na realização de tarefas que exijam estratégias complexas de solução de problemas e habilidade organizacional, o que obriga a um tempo extraordinário para cabal realização das tarefas que lhe são propostas (Barkley, 1998).

2.2.4.1 Características da PHDA

O PHDA apresenta três características fundamentais:

- Défice de Atenção;
- Hiperatividade;
- Impulsividade

Estas características, consideradas pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico, consubstancializam um quadro comportamental deficitário e específico na sintomatologia clínica (Rodrigues, 2004). A maioria das crianças com PHDA apresenta pelo menos uma ou duas destas características (APA, 2002, Kos, 2004).

Segundo Falardeau (1997:21), Hiperatividade define-se como:

“uma diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre (...).O hiperactivo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo”.

As crianças com PHDA apresentam maiores défices de atenção relativamente às outras crianças do mesmo género e idade. Segundo Barkley (1998) a atenção apresenta-se como uma criação mental multidimensional que se conecta com problemas relacionados com o estado de alerta, a seletividade, a manutenção da atenção e a distratibilidade⁹.

Segundo Falardeau (1997) e Garcia (2001) a principal característica da hiperatividade é a dificuldade da criança em controlar a atenção perante a realização de uma tarefa. Esta situação piora quando se trata de uma tarefa longa e monótona, a qual requiere uma maior concentração por parte da criança ou de um nível de complexidade elevado, exigindo conceitos e ideias abstratas. Neste sentido, a autora descreve as dificuldades de aprendizagem ao nível “*perceptivo-cognitivo*”, isto é, na existência de problemas em captar “*informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e expressá-la posteriormente*” (Garcia, 2001:15).

Em situação de exame cometem, em geral, um maior número de erros do que as crianças sem esta problemática, dão respostas prematuras e ficam impacientes, devido à

⁹ Significado de distratibilidade: *Quando a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes.*

sua falta de atenção e excesso de impulsividade. Daí que algumas terapêuticas trabalhem na aprendizagem de competências cognitivas adequadas para resolver com sucesso as diversas tarefas académicas (Garcia, 2001).

Na realidade constata-se que num exame oral é possível uma maior concentração por parte do aluno hiperativo do que num exame escrito. Daí ser necessário transmitir confiança, estímulos e motivação para que uma criança hiperativa demonstre as suas capacidades (Falardeau, 1997).

Sintomas de desatenção significam dificuldade em seguir instruções e regras de professores e deficiente concentração para finalizar a tarefa. Como consequência, o desempenho académico destes alunos é baixo, acabando com frequência por se verem suspensos ou expulsos da escola. Felizmente que as dificuldades comportamentais observados em crianças com PHDA podem frequentemente ser reduzidas quando tarefas novas e interessantes são apresentadas, especialmente quando a tarefa é fácil ou repetitiva, e quando as tarefas são apresentadas à criança a um nível que esta possa entender (Kos, 2004).

Segundo Kos (2004: 1) a Hiperatividade significa "*an individual is extremely overactive*". Comportamentos indicativos de hiperatividade passam por dificuldades em permanecer sentado e da necessidade de estar sempre em movimento. (APA, 2002, Garcia, 2001). Igualmente para Barkley (1998), as crianças com PHDA têm níveis de atividade motora substancialmente superior à média. Parker (1994) regista este comportamento descrevendo estas crianças como estando sempre a mexer em algo, nunca estando satisfeitas, mostrando-se sempre curiosas e necessitando de permanente supervisão.

Para Garcia (2001:13) a "*mobilidade excessiva contrasta com a rigidez e com a falta de flexibilidade dos seus movimentos*". Estes fatores, assim como a falta de reflexão dos seus atos e a fraca consciência do perigo, leva-os a acidentes e quedas. Por vezes, estas crianças têm problemas de motricidade fina, proveniente dos possíveis problemas de coordenação descritos acima.

Segundo Falardeau (1997) as crianças hiperativas são mais ativas em todas as atividades do que as crianças comuns e, na maior parte dos casos, até durante o sono. Há uma "*incapacidade para controlar o seu grau de actividade*", mexendo-se muito, fazendo "*movimentos inúteis desligados da actividade em curso*" (Falardeau, 1997:25). Quando consciencializados dos seus atos continuam incapazes de controlar essa necessidade de movimento permanente. A necessidade de se mexerem é incontrolável,

não conseguindo ficar sentadas numa cadeira durante um período mais ou menos longo. E quando são chamados à atenção tentam encontrar outra forma de continuar essa agitação, como por exemplo “*algumas confessam-me ter partido deliberadamente a ponta do lápis para serem autorizadas a levantar-se*” (Falardeau, 1997:26). Uma criança hiperativa poderá ter uma atitude distrativa brincando com objetos não relacionados à tarefa. São nelas frequentes os entretenimentos com lápis, quando instruído pelo professor para ler silenciosamente, balançarem-se na sua cadeira ou mesmo, bater repetidamente com as mãos ou pés (DuPaul & Stoner, 2007).

A impulsividade, ou seja, a invulgar incapacidade de controlar as suas emoções e o seu comportamento em grau muito superior às crianças normais do mesmo género e faixa etária é outra característica do PHDA (Parker, 1999).

Um comportamento típico das crianças com PHDA são as grandes dificuldades em conter respostas face a determinada situação, agindo sem pensar, fazendo comentários despropositados e interrompendo a sequência do discurso dos outros. As suas respostas são dadas de forma impulsiva, sem controlo emocional, sendo, por esse motivo, alvo de crítica (Garcia, 2001, Barkley, 1998). São crianças que procuram a satisfação imediata e daí que por vezes tenham fraca tolerância à frustração, não controlando os seus impulsos, demonstrando falta de autodomínio. A criança poderá levantar-se sem permissão ou falar com outros alunos em momentos impróprios. Garcia (2001:12) descreve: “*Parece que não ouvem as ordens dos adultos*”, e por isso não cumprem as suas instruções. Apresentam por isso uma capacidade de inibição do comportamento e do controlo dos impulsos diminuída (Barkley, 1998). Consequentemente estas crianças têm problemas com os seus pares, como já foi referido, assim como dificuldade em cooperar em jogos de grupo, não conseguindo ajustar o seu comportamento às normas e regras dos mesmos (Garcia, 2001).

Safer & Allen (1979, 2001, cit. por Garcia, 2001:15) concluíram que 80% das crianças hiperativas demonstram problemas de conduta, principalmente em ambiente escolar. Estas crianças incomodam os colegas, intervêm sem pedirem autorização ao professor, “*emitem sons desagradáveis e perturbadores*”, iniciam brigas frequentemente. Os próprios pais definem os filhos como desobedientes, desafiadores, incitando com frequência brigas e discussões com os irmãos.

A impulsividade segundo Kos (2004) está portanto relacionada com a hiperatividade, embora sejam sintomas/características independentes uma da outra. No entanto estas

crianças não podem ser diagnosticadas apenas hiperativas. O diagnóstico deve ser conjunto: hiperativas e impulsivas

Segundo Falardeau (1997:24) é fundamental saber distinguir “a criança impulsiva e a criança delinvente. Mesmo quando a impulsiva muitas vezes efectua gestos que poderiam ser qualificados como delinquentes, é fácil distinguir a delinvente pela sua forma de agir”.

Compreende-se então que uma criança com PHDA, apresentando esta panóplia de dificuldades, designadamente a incapacidade de se conter (impulsividade excessiva), de se concentrar e prestar atenção, tenha inúmeras limitações no seu dia-a-dia, caminhando normalmente para um processo de falhanços e insucessos, os quais podem ser essenciais no despiste do PHDA (Rodrigues, 2005, cit. por Baptista, 2010).

De acordo com as três características fundamentais da PHDA atrás mencionadas, surgem então os subtipos da PHDA segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002) pois, apesar de muitas crianças revelarem no diagnóstico sintomas de desatenção, impulsividade e excesso de atividade motora, em muitos casos existe a predominância de um destes padrões sobre os outros (APA, 2002):

- Tipo Predominantemente Desatento;
- Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo;
- Tipo Misto.

Parker (1999) refere crianças exceccionalmente hiperativas e impulsivas, outras claramente desatentas e outras ainda, que apresentam uma combinação das três características.

2.2.5 Diagnóstico/Avaliação

Segundo Garcia (2001:11) o diagnóstico da hiperatividade baseia-se nos seguintes aspetos:

1. Presença do conjunto dos sintomas básicos: inquietude, falta de atenção e excesso de mobilidade;
2. Estimativa da gravidade da problemática, através da idade e do nível intelectual da criança;

3. Avaliação do carácter permanente ou situacional das alterações de comportamento;
4. Observação direta dos sintomas da problemática;
5. Ausência de psicose e distúrbio afetivo;
6. Início precoce e persistência ao longo do tempo dos sintomas.

O diagnóstico da PHDA apresentado pelo DSM-IV-TR, publicado em 2002, pela *American Psychiatric Association* (APA), apresenta uma descrição concisa e detalhada das manifestações dos comportamentos inerentes a este distúrbio, como seja a falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, apoiada na observação dos diversos ambientes frequentados pela criança durante um determinado período de tempo. As manifestações observadas poderão não ser de início anómalas, mas sê-lo-ão certamente de acordo com a intensidade e a frequência com que ocorrerem no período de tempo em análise. Assim só se poderá falar de PHDA, se os comportamentos apresentados forem deslocados relativamente à fase etária da criança.

Os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002) para a PHDA são mencionados tendo em atenção três factores: falta de atenção, hiperactividade e impulsividade.

É necessário cumprir 6 ou mais destes sintomas de falta de atenção e estes devem persistir pelo menos mais de 6 meses, com uma intensidade desadaptativa e inconsistente em relação ao nível de desenvolvimento.

- Portanto, em relação à falta de atenção, a criança com PHDA frequentemente:
 1. não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
 2. apresenta dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
 3. parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
 4. não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
 5. tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
 6. evita, sente repugnância ou está relutante em se envolver em tarefas que requeiram a manutenção um esforço mental (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);

7. perde objetos necessários à concretização de tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
8. distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
9. esquece-se das atividades do quotidiano.

Relativamente aos sintomas de hiperatividade-impulsividade é necessário cumprir igualmente, 6 ou mais destes sintomas e devem persistir pelo menos mais de 6 meses, com uma intensidade desadaptativa e inconsistente em relação ao nível de desenvolvimento. Os sintomas são:

- Em relação à hiperatividade, a criança com PHDA frequentemente:
 1. movimenta excessivamente as mãos e os pés, movendo-se enquanto está sentado;
 2. levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que era espectável que estivesse sentado;
 3. corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo. No caso de adolescentes ou adultos pode limitar-se a sensações subjetivas de impaciência e inquietação;
 4. tem dificuldades em jogar/brincar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer;
 5. agita-se e manea-se excessivamente em atividades estruturadas, mostrando-se frequentemente muito agitada (como se estivesse a “mil à hora”);
 6. fala em demasia;
- Em relação à impulsividade, a criança com PHDA frequentemente:
 1. responde antes que as perguntas tenham terminado;
 2. tem dificuldade em esperar pela sua vez;
 3. interrompe ou interfere em assuntos dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou brincadeiras);

Através da observação durante os últimos 6 meses, da aplicação dos critérios de diagnóstico e da obtenção dos resultados, é confirmado qual o subtipo em que o sujeito se insere, através do grau de predominância dos sintomas.

Outra classificação usada para diagnosticar a PHDA é a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde esta perturbação é designada por Transtorno Hipercinético. Esta classificação é utilizada mais frequentemente em situação clínica enquanto que a DSM-IV-TR é utilizada em situações de investigação (Sørensen et al.,2005).

Os critérios de diagnóstico do CID-10 para o PHDA necessitam de ser verificados, durante pelo menos 6 meses, na situação G1 ou G2 descritas abaixo, em crianças com um Coeficiente de Inteligência (QI) acima dos 50 e que apresentaram sintomas antes dos 7 anos:

G1. Demonstra uma desatenção, atividade e impulsividade em casa, anormal para a idade e nível de desenvolvimento da criança, evidenciada nas situações (1), (2) e (3):

(1) pelo menos em três das seguintes situações de falta de atenção:

- (a) curta duração no envolvimento das atividades espontâneas;
- (b) deixa frequentemente as atividades lúdicas inacabadas;
- (c) muda frequentemente de atividades;
- (d) falta de persistência em tarefas definidas pelos adultos;
- (e) distrai-se indevidamente durante o estudo, por exemplo, na realização dos trabalhos de casa;

(2) pelo menos em três dos seguintes problemas de atividade:

- (a) corre ou escala frequentemente, em situações desadequadas; parece incapaz de permanecer quieto;
- (b) remexe-se e contorce-se excessivamente durante as atividades espontâneas;
- (c) atividade excessiva durante situações onde seria expectável uma quietude relativa (por exemplo, refeições, viagens, visitas, igreja);
- (d) não consegue permanecer quieto na sua cadeira da sala de aula ou em outras situações em que é esperado permanecer sentado;
- (e) tem dificuldades em jogar tranquilamente.

(3) e em pelo menos um dos seguintes problemas de impulsividade :

- (a) apresenta frequente dificuldade em aguardar pela sua vez em situações de jogos ou de grupo;
- (b) interrompe frequentemente ou intromete-se em conversas ou jogos de outros pares;
- (c) responde frequentemente e precipitadamente, antes mesmo das perguntas terem sido concluídas.

G2. Desatenção anormal, para a idade e o nível de desenvolvimento da criança, demonstrada em situação de escola ou infantário (se aplicável), evidenciada no (1) e (2):

(1) em pelo menos dois dos seguintes problemas de falta de atenção :

- (a) falta de persistência em tarefas;
- (b) distrai-se frequentemente com os estímulos extrínsecos;
- (c) muda excessivamente de atividades quando lhe é dada essa hipótese;
- (d) aplica-se com frequência, apenas num curto período de tempo em cada atividade lúdica.

(2) em pelo menos três dos seguintes problemas de atividade:

- (a) inquietação motora contínua (ou quase contínua) e excessiva (correr, saltar , etc.) em situações de atividade livre;
- (b) mexe-se e contorce-se excessivamente em situações estruturadas;
- (c) “desliga” da atividade durante a realização da mesma;
- (d) não consegue permanecer sentado, quando lhe é pedido;
- (e) tem dificuldade em jogar de forma tranquila, frequentemente¹⁰.

Como se pode constatar esta classificação tem algumas diferenças relativamente aos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR. Por exemplo, enquanto que segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR são necessários verificar seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, na CID-10 são necessários três sintomas de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade. Ou seja, a CID-10 implica um número mínimo de sintomas nas três dimensões descritas acima. Sørensen et al. (2005) verificou que a PHDA é diagnosticada mais vezes segundo a DSM-IV do que na CID-10.

¹⁰ In: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

De facto, não é fácil realizar o diagnóstico das crianças com PHDA, pois estas têm comportamentos muito diferenciados, não existindo nenhum exame rigoroso que confirme em absoluto se a criança tem ou não PHDA.

Na avaliação da hiperatividade participam vários tipos de profissionais - médicos (pediatras, neurologistas, psiquiatras), professores e psicólogos – que realizam diversos exames (neurológicos e pediátricos) e avaliações (da conduta infantil em casa e na escola, do rendimento escolar, e dos fatores psicológicos que contribuem para os sintomas observados). A avaliação deste distúrbio faz-se nas seguintes frentes: estado clínico da criança; nível intelectual e rendimento académico; fatores biológicos; condições familiares e sociais e influência do quadro escolar. Na primeira frente analisa-se os possíveis comportamentos anormais (nível de inquietude, défice de atenção, atividade motora, condutas anti-sociais, desobediência, agressividade, relação com os seus pares, alterações emocionais). Na segunda analisa-se as qualificações académicas atuais e passadas (constatando as áreas fortes e fracas do rendimento escolar). Nos fatores biológicos realiza-se um exame físico exaustivo de forma a detetar sinais neurológicos ou outros sintomas relacionados com a possível origem da hiperatividade. Para as condições sociais e familiares o psicólogo necessita de ter conhecimento de todas as informações relacionadas com a família, tais como, nível socioeconómico, clima familiar, normas educativas e disciplinares, cumprimento de horários e normas e comportamento dos membros familiares. Através desta análise poder-se-á detetar possíveis causas da problemática. Por último, na influência do quadro escolar é necessário averiguar o papel desempenhado pela escola e a sua organização estrutural, no âmbito da deteção das alterações infantis e no seu respetivo tratamento. Torna-se necessário, por exemplo, analisar as atitudes dos professores (autoritários ou flexíveis) perante situações de não cumprimento das normas, por parte deste tipo de alunos (Garcia, 2001).

O conhecimento insuficiente ou concepções erradas acerca da perturbação que afeta as crianças pode contribuir para um diagnóstico incorreto da PHDA. Esta insuficiência de informação sobre a PHDA conduz a importantes consequências ao nível da exatidão do diagnóstico (Sciutto et al., 2000). Garcia (2001) relembra que quando se analisa a hiperatividade numa criança nunca se pode deixar de ter em conta o ambiente familiar e social, já que frequentemente as más condutas que as crianças demonstram estão associadas a situações e ambientes específicos, destruturantes para a criança. Para a obtenção de um bom diagnóstico e de um tratamento adequado o trabalho multidisciplinar é fundamental.

Boavida (1998, cit. por Lourenço, 2009) sugere igualmente que a avaliação da criança com PHDA se faça por fases, comportando uma avaliação médica clássica, comportamental, cognitiva e académica. A avaliação médica deve incluir a história pessoal e familiar, factores de risco (pré, peri e pós natais), exame físico, avaliação do neuro-desenvolvimento, da visão e da audição. A avaliação comportamental deve orientar-se para as características principais da PHDA, nomeadamente a atenção, a atividade e os impulsos. Na avaliação cognitiva e académica, realizada por vários especialistas (pediatra, psicólogo, psiquiatra, neurologista e outros) o objetivo é estabelecer o “*perfil psicométrico e desempenho académico*” (Lourenço, 2009:38). Deste modo consegue-se determinar as áreas académicas onde a criança apresenta maiores dificuldades, recolhendo informações sobre as suas capacidades de aprendizagem e inteligência, de forma a melhorar o processo individual de intervenção.

Para Barkley (1998) a avaliação de PHDA deve incluir os seguintes aspetos: entrevista Clínica, exame médico e a aplicação de escalas com questionários para pais e professores. A entrevista constitui o instrumento mais utilizado na avaliação da PHDA (Simões, 1998, cit. por Lourenço, 2009), incluindo, por norma, entrevistas com pais, professor, criança e um exame médico para dar fiabilidade ao diagnóstico. A entrevista com o professor pode ser um meio para se melhorar os conhecimentos acerca da criança, o seu nível académico e comportamental no contexto escolar. Segundo Lopes (2003:160) na entrevista com os pais, devem ser investigados sintomas, história clínica, familiares com problemas idênticos, relação da criança com irmãos e pares, forma como lida com as tarefas escolares, tempo e “*organização dos materiais*”, “*forma como se pronuncia sobre os assuntos*” (linguagem) e a “*(im)paciência que revela perante tarefas mais longas e enfadonhas*”. Garcia (2001) acrescenta ainda a esta panóplia de fatores a ter em conta durante a entrevista aos pais, o rendimento escolar, as situações ambientais em que surgem os problemas e sua frequência, as alterações e mudanças de comportamento, as tentativas de resolução dos problemas e respetivos resultados. Miranda & Santamaría (1986, cit. por Garcia, 2001) referem que as entrevistas aos pais devem referir os seguintes aspetos:

Tabela 0: Aspetos a ter em conta na entrevista aos pais

Aspetos a ter em conta na entrevista aos pais		
História do problema	Desenvolvimento evolutivo da criança	Avaliação familiar
-Como e quando surgiu?	-Qual o desenvolvimento da aquisição das capacidades motoras e linguísticas básicas?	- Aspetos socioeconómicos da família
-Motivos da consulta atual?	- Historial médico	- Aspetos psicológicos da família
-Houve agravamento dos sintomas? Porquê?	- Historial psicológico	- Relação entre pais e filhos
-Efeitos ambientais subsequentes		

Para Garcia (2001) recorrer a professores e pais como fonte de informação acerca dos comportamentos das crianças, é arriscado, na medida em que esta pode não ser objetiva. Isto é, a opinião formada pelo professor acerca do aluno depende dos seus conhecimentos da problemática e dos seus objetivos pessoais e profissionais relativamente a cada aluno. Segundo Fons (1993, cit. por Garcia, 2001) a forma como os pais analisam os comportamentos dos filhos é influenciada não só pelos seus próprios problemas psicopatológicos, como também por fatores ético-morais e religiosos.

As escalas de avaliação são utilizadas na descrição de informações veiculadas pelos pais, professores e cônjuges sobre aspetos comportamentais da criança a ser avaliada, constantes do processo de avaliação da PHDA. As escalas de avaliação comportamental assim como os questionários e os inventários tornaram-se peças essenciais no processo de avaliação da PHDA. É possível utilizar diferentes escalas com boas propriedades psicométricas e estandardizadas para amostras de grande abrangência (em termos de idades, cultura e etnia), o que permite uma determinação mais segura do grau de desvio do problema da criança em relação a uma norma (Barkley, 1998).

O uso de escalas apresenta algumas vantagens e desvantagens. Segundo Garcia (2001:51) existe uma “*escassa coincidência dos dados, quando procedem de fontes de informação distintas*”, devido à influência de fatores étnicos e culturais, do nível de formação, de experiência e de motivação dos informadores, sobretudo ao nível dos itens com carácter mais subjetivo. Tal não retira as vantagens inequívocas ao plano da

avaliação, pois são meios económicos que não exigem demasiado tempo no preenchimento, sendo também de fácil compreensão por parte de quem responde.

São muitos os instrumentos desta natureza que são utilizados na avaliação da PHDA: *Escala de Avaliação de Autocontrolo* (Kendall e Wilcox, 1979, cit. por Garcia, 2001:54), *Questionário de Hiperatividade de Werry, Weiss e Peters* (Werry, 1968, cit. Garcia, 2001), *Questionário de Problemas Comportamentais no Pré-Escolar* (Behar & Stringfield, 1974, cit. por Garcia, 2001) e *Escalas de Conners para Pais e Professores* (Garcia 2001).

Garcia (2001:53) divide as escalas em dois tipos. A primeira permite avaliar a hiperatividade. Por exemplo: *Escala de Conners para Pais e Professores* e *Questionário de Hiperatividade de Werry, Weiss e Peters*. Enquanto que o segundo tipo de escala avalia perturbações relacionadas com a hiperatividade e problemas comportamentais. Por exemplo: *Escala de Avaliação de Autocontrolo* e *Questionário de problemas Comportamentais no Pré-Escolar*.

A *Escala de Conners para Pais e Professores* é uma escala composta por 2 questionários, um a ser realizado aos professores (*Questionário da Conduta da Escola-QCE*) e outro pelos pais (*Questionário da Conduta Infantil-QCI*). O QCE avalia o comportamento da criança em ambiente de escola, relação com os pares e comportamento perante a autoridade. Inicialmente era composto por 39 itens, mas atualmente é formado por 28 itens, dos quais 10 avaliam a hiperatividade e o nível de atenção. As questões abrangem os quatro tipos de sintomas: hiperatividade, falta de atenção, impulsividade, problemas de conduta e ansiedade/tensão. O QCI é composto por 48 itens relacionados com o comportamento da criança em casa. Neste caso, as 5 áreas abrangidas pelos respetivos itens são: problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, distúrbios psicossomáticos, impulsividade/hiperatividade e ansiedade.

O *Questionário de Hiperatividade de Werry, Weiss e Peters* é muito utilizado para analisar o funcionamento da criança nas rotinas diárias (por exemplo a comer, ver televisão, jogar e realizar tarefas escolares), permitindo planificar terapêuticas específicas para as problemáticas detetadas. O Questionário para os pais é composto por 19 itens onde se analisa as condutas em ambiente familiar, enquanto que os professores preenchem um questionário composto por 17 itens que averiguam as atitudes em ambiente de escola e relação com os pares.

No segundo tipo de escala encontramos a *Escala de Avaliação do Autocontrole* que contém 33 itens que avaliam capacidade de autocontrole infantil, a impulsividade e a hiperatividade. O *Questionário de Problemas Comportamentais no Pré-Escolar* é utilizado para diagnosticar a PHDA em crianças entre os 3 e os 6 anos. É composto por 36 itens referentes a três áreas comportamentais: hostilidade/agressividade, ansiedade e hiperatividade.

É indispensável à avaliação da criança que o exame médico seja realizado por um pediatra ou por outro profissional médico, constituindo-se como parte essencial daquele processo avaliativo. Segundo Barkley (1998) o exame médico tem três grandes objetivos:

- O estabelecimento do diagnóstico diferencial. Neste plano e sempre com a ajuda de outros profissionais, o médico deverá ponderar a existência ou não de diagnósticos que possam provocar a sintomatologia da PHDA (por exemplo alguma lesão cerebral);
- A avaliação da comorbilidade¹¹ e a medicação em conformidade;
- A avaliação da saúde geral para determinação das condições de medicação.

2.2.6 Intervenção

Existem muitas formas de intervenção em relação às crianças com PHDA, mas Garcia (2001) aponta para uma conjugação de metodologias para tornar o tratamento mais eficaz. A eficácia no tratamento interventivo só é possível se houver uma conjugação de esforços e empenhamentos por parte da família e da equipa multidisciplinar devidamente preparada para o efeito. Na terapia utilizam-se três modelos de Tratamentos/Estratégias (Garcia, 2001:70):

- O cognitivo-comportamental, usa programas de treino das competências sociais e cognitivas através de técnicas de relaxamento, autoinstruções e manuseamento das “*consequências ambientais*”, de modo a diminuir as condutas problemáticas, melhorar o comportamento social e os resultados académicos.

¹¹ Significado de comorbilidade: *o mesmo sintoma pode ser comum a uma ou mais doenças*

- O farmacológico que consiste no uso de medicamentos apropriados para melhorar os níveis de concentração e atenção da criança, a sua relação com os pares, a capacidade de aprendizagem, a persistência no trabalho e reduzir os níveis de impulsividade e agressividade.
- O tratamento combinado (combinação do tratamento farmacológico com o cognitivo-comportamental).

Lopes (2003) aponta três abordagens de intervenção sobre PHDA: farmacológica, comportamental e cognitivo-comportamental. Para a modificação do comportamento é necessário ter presente que um comportamento inadequado só se extingue quando é substituído por outro socialmente aceitável. Assim, aqueles modelos de tratamentos são usados na indução de respostas adequadas, fazendo aumentar a probabilidade de repetição de comportamentos desejáveis e reduzindo as ocorrências de comportamentos inadequados, levando-os progressivamente à extinção (Fowler, 2002). No entanto, é importante frisar que a PHDA não tem cura. O objetivo do tratamento deverá ser ajudar a compensar a sua maneira de controlar os problemas e não curar esta doença (DuPaul et al., 2007).

2.2.6.1 Intervenção Comportamental-Cognitivo

Relativamente à intervenção comportamental, um dos objetivos é possibilitar às crianças uma maior capacidade de atenção e criar hábitos de estudo, de modo a melhorar os resultados académicos (Ayllon & Rosenbaum, 1977, cit. por Garcia, 2001).

De acordo com os princípios comportamentais, *“ao reforçar estes comportamentos no quadro escolar, a atividade motora excessiva e a inquietude devem diminuir”* (Garcia, 2001:72). As terapias que se orientaram por este princípio obtêm melhores resultados do que as que estimularam *“condutas incompatíveis com o excesso de movimentos”* (Garcia, 2001:72).

Segundo Ayllon et al. (1977, cit. por Garcia, 2001:70) o modelo operativo baseia-se no *“manejo das consequências ambientais”*, isto é, nas consequências que a criança tem após um comportamento desadequado, dado que as condutas *“manifestam-se e mantêm-se pelos efeitos que provocam no ambiente”*. Por exemplo, quando os maus comportamentos das crianças são seguidos de uma recompensa, estes têm tendência a reaparecer, enquanto que quando determinados comportamentos são ignorados, esses

vão-se reduzindo e tendem a desaparecer. Quando estes comportamentos têm ainda consequências negativas, como castigos e retirada de benefícios, será pouco provável que tais comportamentos se repitam. O problema é quando vulgarmente se veem comportamentos familiares desadequados tais como ameaças de castigo, que não são cumpridos, atenção exagerada às condutas inadaptables e poucos reforços positivos, face a condutas adequadas. Estes reforços e elogios são raros, quer por parte dos professores, quer pelos familiares e colegas, que maioritariamente focam-se nas condutas inadaptables em detrimento das capacidades, condutas adequadas e progressos. Com este tipo de intervenção e manuseando as “*consequências ambientais*” (criando situações de extinção, castigo e reforço) fomenta-se comportamentos adequados nas crianças com PHDA relativamente à família e à escola, extinguindo os comportamentos anómalos (Garcia, 2001, Falardeau, 1997).

Na intervenção comportamental para controlar e modificar as condutas na sala de aula, Garcia (2001) e Falardeau (1997) mencionam um sistema que qualificam como eficaz – “*sistema de economia de fichas*” (Garcia, 2001:72). Este baseia-se na distribuição de fichas de acordo com os gostos da criança, sendo posteriormente substituídas por outros objetos ou atividades adequadas (por exemplo: aplausos, abraços, comentários positivos acerca da sua atuação). Garcia (2001) considera que as fichas a aplicar devem variar segundo a cor, o tamanho e a forma, consoante a idade, problemática e características da criança. A vantagem destas fichas é assegurar que a “*conduta adaptada seja reforçada imediatamente após a sua concretização*” (Garcia, 2001:72), para além de evitar a “*saciedade*” que pode advir de outro tipo de reforços vulgarmente utilizados (por exemplo: doces, guloseimas e refeições). O autor defende que as crianças normalmente não rejeitam estas fichas, podendo as mesmas ser trocadas por uma panóplia de objetos e atividades escolhidas de acordo com as suas preferências. A utilização das fichas permite ainda criar um efeito motivador na criança. Quando se aplica este sistema, as suas regras de utilização são apresentadas e aceites pelo aluno. O nível de dificuldade das fichas é gradual. De início o sistema não exige muito das crianças, mas gradualmente as tarefas tornam-se mais complexas, obrigando o aluno a estar mais tempo concentrado a troco de pouca fichas, que quando permutadas são extremamente valorizadas. Quando as condutas apropriadas se tipificam no comportamento da criança, as fichas são substituídas por reforços sociais e positivos, de forma a extinguir as condutas desapropriadas. Neste tipo de programas de intervenção comportamental aplicam-se 4 métodos, de forma a diminuir ou eliminar os comportamentos desadequados. São eles: a “*extinção*”, o “*custo da resposta*”, o “*tempo de exclusão*” e a “*sobrecorreção*”. Na “*extinção*” de más condutas, quando já não há reforços possíveis,

propõem-se aos pais, adultos, professores e colegas que ignorem determinados comportamentos ou comentários, quando não são de elevada gravidade. No “*custo da resposta*” devem ser retirados reforços ou as consequências positivas esperadas. A ideia é funcionar com multas pelo comportamento incorreto. O “tempo de exclusão” durante o qual se retira temporariamente as recompensas, permite obter melhores resultados quando aplicado em conjunto com a extinção. É exemplo disso, a colocação do aluno fora da sala de aula por um breve período, de modo a refletir nos seus atos. Por último a “*sobrecorreção*” consiste “*na reparação dos efeitos originados por comportamentos e actos destrutivos e na execução de alguma conduta adaptada*” (Garcia, 2001: 75). Por exemplo, se uma criança, em casa, num momento de irritação manda um objeto para o chão, não só terá de limpar e apanhar esse objeto do chão, como ainda outro compartimento da casa.

A aplicação destas técnicas comportamentais necessita de uma explicação prévia do terapeuta dos conceitos básicos sobre modificação de conduta (reforço, castigo, extinção, e.t.c) aos pais e professores, e ainda dos comportamentos a tomar com os seus filhos ou alunos.

Um dos programas comportamentais mais conhecido é o de Forehand et al. (1981, cit. por Garcia, 2001), recomendado a crianças dos 3 aos 8 anos, com condutas de desobediência excessiva às ordens dos adultos. Com estes programas pretende-se que as crianças diminuam as condutas problemáticas, melhorem o comportamento social e resultados académicos e que os adultos (nomeadamente familiares próximos e professores) melhorem as suas competências de interação com a criança.

No que diz respeito à Intervenção Cognitiva, Meichenbaum et al. (1971, cit. por Garcia, 2001:81) propuseram um método para crianças hiperativas que permitia àquelas realizar tarefas escolares com êxito e controlar comportamentos nas diversas situações. O testemunho destes investigadores permitiu compreender a necessidade de integrar a criança hiperativa num “*treino de auto-instruções*”. O método consiste em modificar as “*verbalizações internas que um sujeito emprega*” quando realiza uma tarefa, de modo a “*substituí-las por verbalizações apropriadas para obter êxito na sua realização*” (Garcia, 2001:81). Desta forma a criança aprende estratégias escolares para realizar tarefas, para posteriormente poder utilizá-las na resolução de problemas, combatendo assim os insucessos diários e fazendo frente às novas “*exigências ambientais*”. Segundo os autores desta técnica o objetivo “*não é ensinar à criança o que tem de pensar, mas, sim, como deve fazê-lo*” (Garcia, 2001:81). Estudos demonstraram que este método é eficaz, relativamente à modificação das estratégias cognitivas (no âmbito das tarefas “*sensório-*

motoras”). Os estudos são inconclusivos quanto ao benefício produzido no rendimento acadêmico existindo sérias dúvidas de que a capacidade da estratégia apreendida seja generalizável à resolução de tarefas na vida real (Garcia, 2001:84).

Para a resolução de problemas Garcia (2001:85) refere, por exemplo, a *Técnica da Tartaruga* e o *Treino na Solução de Problemas Interpessoais*. Estas consistem em técnicas de relaxamento e de auto-instruções apropriadas às crianças impulsivas, ensinando-as a controlar as próprias condutas desadequadas. Na primeira, *Técnica da Tartaruga* o psicólogo através de uma narrativa entre tartarugas, faz com que a criança, primeiro, se sinta dentro de uma carapaça (ensaia uma postura própria de forma a imaginar situações que o levem a ser impulsivo e desobediente). Depois, numa segunda fase, há um treino de relaxamento (respira fundo de modo a relaxar, realiza “*exercícios de contraste entre tensão e distensão*”). E, numa terceira fase realiza-se o treino da solução de problemas (reflete-se sobre a situação conflito, descrita na narrativa, e escolhe-se a solução mais adequada para determinado problema, de entre as várias soluções apresentadas).

O “*Treino na Solução de Problemas Interpessoais*” tem como objetivo diminuir as dificuldades de adaptação social das crianças impulsivas, através de estratégias cognitivas que permitam analisar “*os problemas interpessoais, buscar soluções eficazes e aplicá-las, no quadro das interações sociais*” (Garcia, 2001:86).

Segundo Whalen et al. (1985, cit. por Garcia, 2001: 86) os resultados das técnicas comportamentais-cognitivas são favoráveis relativamente à atenção. No entanto, continua por se comprovar a eficácia destes métodos na manutenção da atenção em períodos longos, assim como a modificação dos comportamentos anti-sociais. Mais ainda, ao que tudo indica,

“a eficácia dos tratamentos cognitivos/comportamentais depende de várias variáveis como a generalidade ou a especificidade das estratégias cognitivas que se ensinam, o nível de implicação da criança na terapia e os componentes cognitivos e comportamentais que integram o programa terapêutico” (Garcia, 2001: 86).

2.2.6.2 Intervenção Farmacológica

Na Intervenção Psicofarmacológica utilizam-se basicamente três tipos de medicamentos: Tranquilizantes, Antidepressivos e Estimulantes (este último é o mais usado pela sua comprovada eficácia). Por exemplo, na Austrália, 60 a 90% das crianças diagnosticadas

com PHDA é-lhes prescrito estimulantes (Bridge & Lennard, 2004, cit. por Kos, 2004). Segundo Whalen & Henker (1991, cit. por Garcia, 2001) 6% das crianças norte-americanas escolarizadas no ensino básico é medicamentada com estimulantes para controlar problemas relacionadas com a problemática da hiperatividade. Lopes (2003:237) aconselha que antes de se iniciar uma terapia com fármacos, os pais ou encarregados de educação sejam postos ao corrente dos efeitos secundários, contra-indicações, indicações terapêuticas, “*advertências e precauções especiais no uso da medicação*”. De facto, a administração de estimulantes deve implicar um acompanhamento diário e minucioso das atitudes comportamentais da criança, bem como uma avaliação médica e periódica da sua evolução.

Os compostos e respetivos fármacos mais utilizados podem variar entre o Metilfenidato (*Ritalina®*), *Concerta®* ou *Rubifen®*), a Dextroanfetamina (*Dexedrina®* e *Adderall®*) ou a Pemolina (*Cylert®*) (Garcia, 2001, Lourenço, 2009).

Segundo Garcia (2001), os resultados indicam que entre 60-70% a 90% das crianças que se tratam com estimulantes, melhoram a atenção e impulsividade. Lopes (2003) afirma que 70% a 90% das crianças tratadas com fármacos melhora no comportamento, no rendimento escolar e no ajustamento social, mas 10% a 30% não obtém qualquer benefício, verificando-se por vezes o agravamento do comportamento. Safer et al. (1979, cit. por Garcia, 2001) é mais minucioso, indicando que entre 35% a 50% dos pacientes melhoram significativamente; entre 30% a 40% a melhoria é notável e apenas 15% a 20% dos pacientes não respondem positivamente à medicação.

A escolha do tipo de estimulante é feita segundo: i) o tempo que a medicação demora a produzir efeitos; ii) o tempo de duração dos efeitos; iii) os efeitos secundários desejados; iv) a confiança que o profissional deposita no fármaco e sua familiaridade com o mesmo. De acordo com Lopes (2003:239), esta intervenção assenta no pressuposto de que:

“ nestas crianças existe uma alteração genética associada a défices no funcionamento de certas áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo. A medicação vai estimular directamente estas áreas cerebrais, pelo que tem de ser administrada diariamente e por longo período de tempo ”.

O metilfenidato, por exemplo, é: “*um potente inibidor da recaptção de alguns neurotransmissores (como a dopamina) ao nível do cérebro*” (Palha, s/data), dado que as crianças com défice de atenção têm a dopamina reduzida. Este fármaco repõe os valores da dopamina de forma às células responsáveis pela concentração funcionarem. Assim, o metilfenidato aumenta o nível de alerta do sistema nervoso central e

“*incrementa os mecanismos excitatórios do cérebro resultando numa melhor concentração*” (Palha, s/data:3). As diferenças entre as formas comerciais desse fármaco, metilfenidato (Concerta®, Ritalina® e Rubifen®), centram-se no tempo de duração de ação, 10 a 12 horas, 6 a 8 horas e 4 horas, respetivamente (Palha, s/data).

Normalmente, a medicação de estimulantes prescrita quer às crianças quer aos adultos é ajustada a cada caso, distinguindo-se pela dosagem aplicada, a qual deve ser ministrada de forma progressiva até se alcançar a quantidade necessária. A duração da medicação poderá variar de individuo para individuo, conforme a gravidade dos sintomas apresentados e da evolução do próprio tratamento. O metilfenidato e a dextroanfetamina demonstram resultados passado uma a duas horas da sua toma. O estimulante mais utilizado é composto por metilfenidato, pois apesar da dextroanfetamina ter um custo mais baixo e poder tomar-se durante as refeições, reduz significativamente o apetite (Garcia, 2001)

Os efeitos da pemolina são mais tardios que os estimulantes referidos acima. No entanto, a sua ação é mais prolongada (entre 5 a 7h após a sua ingestão) e por isso necessita de uma única toma. Os efeitos sobre o apetite são menores do que os estimulantes anteriores, mas as melhoras sobre o comportamento inadaptado só se revelam após umas semanas do início do tratamento (Garcia, 2001)

A prescrição de estimulantes em adolescentes não é aconselhada devido a correr-se riscos de habituação. O período ideal para realizar o tratamento com este tipo de fármacos é entre os 6 e os 12 anos (Garcia, 2001).

Os anti-depressivos e tranquilizantes são outro tipo de medicação utilizado na terapia da PHDA, designadamente quando os estimulantes não fazem efeito ou produzem efeitos secundários prejudiciais. O composto utilizado é o imipramina (Trofanil®) e só é aconselhado para crianças com mais de 6 anos. Os tranquilizantes apesar de diminuírem a inquietude e o excesso de mobilidade e agressividade, não influenciam a atenção e o rendimento escolar. Dado que os efeitos secundários são menos conhecidos, a sua prescrição não é tão elevada como os estimulantes. (Garcia, 2001)

Constata-se que os efeitos colaterais da medicação são pouco significativos, permitindo uma continuidade do tratamento em casos muito severos. Para autores como Garcia (2001) e Lopes (2003), existem contudo, alguns inconvenientes para as crianças na aplicação dos fármacos: falta de apetite, insónias, dores de estômago, dores de cabeça, alterações de ânimo, tonturas, taquicardia e aumento de tiques motores, entre outros.

Segundo os especialistas, tais comportamentos estão diretamente relacionados com a dosagem ministrada, devendo reajustar-se a medicação e vigiar a persistência daqueles efeitos. É aconselhável haver períodos livres de medicação fora do período letivo, devido aos seus efeitos secundários

Porém, os estimulantes não constituem uma cura para a PHDA, funcionando por vezes como um “*band-aid*” que cobre as dificuldades subjacentes o que poderá ajudar a compreender ou a explicar os problemas comportamentais da criança. (DeGrandpre, 2000; Pelham et al, 1998 cit. por Kos 2004:38). De facto, consumada a retirada dos fármacos, a criança permanece com os seus problemas sociais, familiares e/ou psicológicos. Além disso, não existe qualquer evidência de que os estimulantes melhorem as capacidades sociais ou cognitiva da criança a longo prazo. A administração de psico-estimulantes no tratamento da PHDA continua, apesar das evidências, a levantar dúvidas se a sua utilização não mascara um problema mais profundo, ao atacar o sintoma e não a causa (Melo, 2003, cit. por Lourenço, 2009).

Segundo Garcia (2001) a medicação de estimulantes não resolve por si as dificuldades cognitivas da hiperatividade, mas ainda assim, permite a elevação do índice de atenção e de controlo da impulsividade e da concentração nas atividades escolares, o que se traduz num melhor aproveitamento escolar e melhoria das relações sociais. Neste contexto, um dos aspetos a ter em conta por parte dos docentes e dos auxiliares são os cuidados a ter na administração dos fármacos, conscientes da sua rentabilização, facultando à criança com PHDA, ações e tarefas que requeiram mais atenção e concentração no período de maior efeito da medicação, deixando para períodos de decréscimo da ação do medicamento as tarefas menores.

Em conclusão, a medicação contribui de uma forma generalizada para melhorias significativas dos comportamentos agitados e disruptivos das crianças com PHDA. No entanto, vários especialistas referem que a intervenção farmacológica não deve de ser a única forma de intervenção pela demorada ação dos efeitos positivos (do ponto de vista académico) e ainda pela presença de efeitos secundários. A utilização de medicamentos deve ser regida pela exclusiva aplicação em casos de sintomas severos e desde que a intervenção educativa e psicológica não se revelem eficazes, utilizando-os de acordo com programas ou técnicas de modificação comportamental na sala de aula e no meio familiar (Garcia, 2001).

2.2.6.2 Tratamento Combinado (farmacológicos vs. Comportamentais-cognitivos)

Garcia (2001) aponta que vários especialistas concluíram que as técnicas cognitivas – comportamentais produzem melhores resultados no tratamento do PHDA, quando combinadas com o tratamento farmacológico, contribuindo para uma maior interiorização das normas, planificação das tarefas e autocontrolo. A medicação consegue alcançar efeitos rápidos, controlando eficazmente condutas inadaptadas, no entanto estes efeitos não se mantêm a longo prazo. A terapia cognitiva-comportamental é mais eficaz na melhoria do rendimento académico, embora haja dúvidas quanto à manutenção dessas melhorias a longo prazo. Portanto a combinação destes dois tipos de tratamento permitirá, para além das vantagens referidas anteriormente, a redução das doses de medicação, logo, a diminuição dos efeitos secundários associados ao tratamento farmacológico.

2.2.6.3 Intervenção no Seio Familiar

Indo ao encontro do que afirma Barkley (2002, cit. por Santos, 2012), há uma ideia generalizada de que as crianças hiperativas são mal educadas e têm comportamento social reprovável pelos constantes mimos oferecidos pelos pais e pela passividade destes na ação educativa. Mas de facto, os progenitores são vítimas das circunstâncias e muito dificilmente se encontram preparados para interagir com os seus filhos hiperativos. Lopes (2003:214) afirma, a este propósito, que os pais não são culpados “*da alteração dos mecanismos de funcionamento dos mediadores químicos dos filhos nem dos seus efeitos comportamentais*”.

A gestão dos comportamentos dos filhos hiperativos terá que ser forçosamente perseverante, determinada, coerente, estável, não descurando ações antecipativas face a atitudes das crianças, de modo a agir de forma adequada e mostrando ainda determinados valores como o respeito, a paciência, a tolerância e a aceitação que terão que estar presentes nas relações estabelecidas entre progenitores e filhos. Aos filhos, os pais terão que mostrar com clareza a consequência dos seus atos em determinadas situações. Só assim, negociando e cedendo por vezes, mas exigindo noutras ocasiões, é possível educar uma criança que caminha para a adolescência a tornar-se autónomo e a integrar-se na sociedade.

Segundo Covey (1999, cit. por Santos, 2012: 46),

“os pais devem sempre apostar numa atitude compreensiva para com os filhos, aceitando os seus pontos de vista e explicando os seus, para que as crianças não se sintam ‘desvalorizadas’ pelas opiniões ou atos tomados pelos adultos que vão contra os seus interesses”.

A aceitação da criança depende da sua compreensão em relação ao que lhe é exigido ou pedido pelos seus pais, por isso os adultos devem insistir na compreensão da tarefa, só depois insistir em ser compreendido, o que acarreta ações de grande ponderação e de justiça em relação às atitudes comportamentais da criança.

Barkley (2002, cit. por Santos, 2012:44), assim como Garcia (2001), defendem o princípio da modificação de comportamentos, e são de opinião que:

“deverá existir um feedback por parte dos adultos das atitudes assumidas pelas crianças, por forma a elas entenderem que cada ação tomada implica uma consequência seja ela de recompensa ou de punição. Esta estratégia tem por base evitar confrontos ou discussões entre ambos.”

Entre outras estratégias utilizadas com filhos hiperativos conta-se a criação de rotinas diárias, as quais proporcionam uma maior tranquilidade e segurança à criança, dominando assim condutas nervosas e de excitação produzidas por ocorrências que lhe não são familiares. Os adultos deverão sacrificar alguns dos seus problemas e rotinas para partilhar de atividades lúdicas e escolares dos seus filhos, valorizando-os e acompanhando-os constantemente. As rotinas são norteadas por regras que deverão ser simples. *“Os adultos deverão criar regras simples, claras e concisas para evitarem situações de incumprimento das mesmas. A criança deverá ter a consciencialização de que será penalizada se não cumprir o que tiver sido instituído.”* (Santos, 2012:45). Por isso, Garcia (2001:98) defende que as instruções e as respostas verbais dos adultos devem ser breves, precisas e corretas. *“A resposta dos pais à violação das normas deve ser proporcional à importância da infração”*, com duração limitada e sem contemplar castigos físicos.

Também as crianças tendem a reproduzir facilmente os comportamentos adquiridos pela observação dos pais pelo que o comportamento dos progenitores é peça fundamental no cumprimento das regras pelas filhos com PHDA. Para cumprimento das regras mais difíceis é recomendável o contacto da criança com seus pares da escola e amigos, para fortalecimento da sua adaptação social e aproximação afetiva aos seus progenitores. Segundo Garcia (2001: 94) os especialistas indicam que famílias consistentes e equilibradas, assim como o *“ajustamento social e emocional”* das crianças, são fatores

que permitirão uma melhor evolução da própria criança. Por isso, as saídas de casa ou o contacto com os amigos não devem ser limitados.

Finalmente e porque a escola é a “segunda casa” das crianças e o seu principal meio de socialização, compete aos docentes, psicólogos e outros agentes intervenientes no processo de ensino e de aprendizagem, adotar atitudes positivas para com os seus alunos, pôr em prática normas de atuação exemplares, comunicar com os pais de forma a envolvê-los nas várias atividades escolares e informá-los dos comportamentos dos filhos, para facilitar a convivência escolar e permitir que a intervenção seja ainda mais eficiente.

2.2.6.4 Intervenção no Meio Escolar

São muitos os professores que têm a experiência de lidar com alunos com PHDA, *“crianças com trato difícil, não porque sejam rebeldes, mal educadas ou agressivas, mas porque demonstram uma evidente dificuldade em cumprir regras escolares e manterem-se quietas e sossegadas, quando necessário”* (Garcia, 2001:ix). Compete às escolas disponibilizar esforços para promoção do sucesso escolar de todos os seus alunos. De acordo com Correia (1997), o desafio da escola inclusiva é desenvolver uma pedagogia centrada na criança, capaz de educá-las com sucesso, mesmo que estas demonstrem graves incapacidades. A este respeito, Correia (2003:38) afiança que:

“quando uma criança com NEE é meramente colocada numa classe regular sem os serviços de apoio de que necessita e/ou quando se espera que o professor do ensino regular responda a todas as necessidades dessa mesma criança sem o apoio de especialistas, isto não é inclusão. Nem é educação especial ou ensino regular apropriado – é educação irresponsável”.

Assim, é necessário munir as escolas com ofertas educativas para alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE), como é o caso dos hiperativos, congregando esforços no sentido de uma clara melhoria qualitativa da atividade escolar destas crianças, de forma a elas poderem encarar o futuro positivamente, dotadas de formação académica adequada. A assimilação das matérias escolares pelas crianças com PHDA exige uma maior concentração como defesa aos estímulos distrativos, tendo em conta o seu défice de autocontrolo e autorregulação, pois é conhecido que elas se distraem fácil e rapidamente, reagindo constantemente aos estímulos vindos do exterior, não conseguindo refletir nas consequências que daí possam ocorrer.

Sendo que pelas suas naturais características, os hiperativos não retêm as informações transmitidas na memória a curto prazo, o sucesso da sua aprendizagem poderá estar em causa, a menos que se promova um programa de intervenção que estimule não só a aprendizagem, mas que também aumente o seu rendimento escolar e reduza comportamentos agitados e perturbadores. (Santos, 2012)

Em conclusão, a aposta num plano de modificação comportamental individual para desenvolver as competências dos alunos é a chave do seu sucesso escolar.

“É imprescindível que os docentes implicados adoptem atitudes favoráveis e positivas, e concedam um sistema de aprendizagem escolar que tenha em conta as capacidades, as destrezas e as limitações apresentadas por tais crianças” (Garcia, 2001: 100).

Segundo Sherman et al. (2008) os professores que demonstram paciência, conhecimento de técnicas de intervenção, a capacidade de colaborar com uma equipe interdisciplinar e uma atitude positiva em relação às crianças com necessidades especiais, podem ter um impacto positivo sobre o sucesso do aluno. Garcia (2001) refere inúmeras recomendações a professores e educadores de forma a estes melhorarem a dinâmica da sua sala de aula. Entre elas contam-se: i) relacionamento calmo e relaxado por parte do professor, ignorando por vezes algumas condutas perturbadoras e elogiando os comportamentos adequados; ii) firmeza quando é necessário cumprir regras, evitando ameaças. iii) enfatizar os êxitos diários e elogiar um colega como título exemplar e a seguir; iv) utilizar os sistemas de fichas e privilégios (já mencionados no subcapítulo da intervenção comportamental) para controlar comportamentos inadequados; v) transmitir confiança nas capacidades e nos progressos do aluno; vi) realizar tarefas com um nível de dificuldade progressivo, respeitando o ritmo de aprendizagem (o êxito obtido na concretização das tarefas é de extrema importância pois aumenta a confiança, a autoestima e motiva o aluno); vii) combinar tarefas escolares com exercícios que promovam o relaxamento ou a capacidade de concentração (por exemplo, respirar profundamente com olhos fechados, imaginar o som e o cheiro de algo ou de um lugar que eles apreciem); viii) praticar exercícios de sequências de forma a habituar o aluno a ouvir e a observar (por exemplo, letras, números e símbolos que devem ser repetidos e copiados) (Garcia, 2001).

Garcia (2001) salienta ainda que uma criança, numa situação de jogo não regulado por normas, não se diferenciara das restantes. O problema aparece nas situações académicas em que é exigido controlo de movimentos e manutenção de atenção, isto é quando lhes é pedido para estarem quietas e com atenção. Falardeau (1997), apresenta no seu trabalho considerandos acerca das atitudes a tomar pelos professores na ajuda

às crianças hiperativas para o seu êxito escolar e realização pessoal. O tratamento de crianças hiperativas na escola é complexo, devido a tratar-se de crianças com características específicas. O educador evoca a questão básica do conhecimento do problema, sendo que todo o docente deve estar consciente das particularidades dos alunos frequentadores da sua sala de aula, designadamente os medicamentos por eles tomados. É necessário:

“uma aceitação total da criança e da sua deficiência por parte do professor que leva a sério o seu papel de educador. Se já se torna difícil ensinar uma criança hiperactiva, tal seria insustentável se o professor mostrasse intolerante ou não aceitasse a criança tal como ela é”(Falardeau, 1997:110).

O mesmo autor sugere que os docentes modifiquem a forma de lecionar na sala de aula, apostando na variedade e em técnicas apelativas. “Quanto mais vivo e animado for o estilo do professor, maior será a atenção da criança, (...) *dever-se-ia tentar modificar o método de ensino todas as duas e três semanas para conservar o efeito de novidade*” (Falardeau,1997:110).

Em relação à irrequietude, característica dos hiperativos, Falardeau (1997:111) recomenda que *“para diminuir os inconvenientes suscitados pela hiperatividade, é conveniente prever períodos de repouso e de exercício”*. Segundo este autor é importante recorrer-se a regras disciplinares, dado que a criança hiperativa tem dificuldade em acatar a disciplina. Falardeau (1997) é favorável a métodos de autovigilância. Estes permitem a valorização do desempenho escolar, favorecendo a autoconsciência dos atos e melhoria do rendimento escolar do aluno com PHDA. Assim, a criança é ajudada a tomar consciência da sua agitação e a retomar o controlo nas situações de atitudes menos adequadas na sala de aula. Porque as crianças hiperativas são muito sensíveis a prémios e a elogios que valorizem a sua pessoa, a estratégia das recompensas e dos castigos é sugerida igualmente por Falardeau (1997), como forma do aluno se disciplinar e melhorar a sua impulsividade.

No sul da Austrália, o Departamento de Educação, Formação e Emprego (DEFE) realizou uma investigação em 1999, sobre crianças com PHDA, de forma a ajudar os professores na gestão de crianças com PHDA na sala de aula. Neste estudo verificou-se o benefício de Estratégias de Gestão, incluindo estratégias Corretivas, de Reforço Emocional e de Adaptações Ambientais. De acordo com DEFE (1999) as Estratégias Corretivas são Estratégias Comportamentais específicas usadas para aumentar ou diminuir os comportamentos em questão. O Reforço Positivo (inclui por exemplo, elogios e recompensas), a Punição (inclui reprimendas, remoção de privilégios) e Ignorar-

Planeado são exemplos de estratégias Corretivas. Estas estratégias são eficazes na gestão de problemas de comportamento relacionados com a PHDA (Du Paul et al., 1997). Anhalt et al. (1998) destacaram a eficácia da utilização de Estratégias de Reforço para as crianças com PHDA, mostrando que o reforço é eficaz na diminuição da hiperatividade, melhorando o comportamento e o desempenho escolar destas crianças. Du Paul et al. (2006) sugerem que o uso de intervenções comportamentais na sala de aula permite reduzir os comportamentos desestabilizadores. Foi provado que se o Reforço e a Punição forem implementados simultaneamente, terão maior eficácia. “*Pacotes de modificação comportamental intensiva*” (Kos, 2004:54), incluindo horários de reforço com intervalos fixos. As Adaptações Ambientais, de forma a transformar o ambiente da sala de aula num local seguro, são de extrema importância. É necessário identificar os pontos que criam distração (por exemplo ruídos) de forma a eliminá-los. O espaço sala pode ser dividido em 2 subespaços: um espaço silencioso e outro mais ativo. Esta estratégia engloba ainda a criação de tempo extra para a concretização das atividades ou a divisão de tarefas em partes. No fundo, trata-se de uma organização do espaço e do currículo. A validade desta estratégia foi identificada em estudos como o de Jarman (1996) e Montague & Warger (1997, citados por Kos, 2004) e Kos(2004). Igualmente, Falarbeau (1997) afirma que os docentes podem ajudar a criança a modificar o seu comportamento, através da alteração da sala de aula e do seu ambiente, bem como no reajustamento dos conteúdos programáticos, apostando ainda, na presença de um tutor. Quanto mais dinâmica for a aula, mais o aluno hiperativo estará concentrado.

Falardeau (1997: 113) é apologista do método de fixação de “limites de tempo”, técnica usada para treino e controlo do défice de atenção do aluno, que deve ser aplicada várias vezes na sala de aula, pois a “*criança hiperactiva será tranquilizada por saber que o esforço que tem que fazer é definido segundo critérios de tempo e não de desempenho*”.

Aliás,

“Um dos grandes problemas da criança hiperactiva é a sua dificuldade em realizar uma tarefa tão rapidamente como os seus colegas. Assim, convém reduzir a sua carga de trabalho em função das suas capacidades, sem que isso penalize a sua aprendizagem”(Falardeau, 1997:114).

É curioso a constatação de Curtis et al. (2006): os professores americanos acreditam mais positivamente no benefício das intervenções comportamentais e farmacológicas do que os professores nova zelandeses.

Finalmente, a importância das estratégias de Suporte Emocional foram demonstradas no estudo de Chambless & Ollendick (2001), assim como no estudo de Kos (2004) isto é, o professor deve demonstrar cuidado e atenção com estes alunos, reconhecer os seus pontos fortes e desenvolver estratégias para resolver problemas que ocorram em casa.

Pela frequência e gravidade de alguns comportamentos disruptivos de alunos com PHDA, existem em alguns professores sentimentos de frustração, desânimo e *stress*, sentindo-se impotentes para lecionar as suas aulas (DuPaul et al., 2007, Falardeau, 1997). Estas reações dos professores são naturais e humanas, pelo que devem ser validadas pelos profissionais e pelos pais dos educandos. É pois necessário dar apoio aos professores para melhor lidarem com esses sentimentos e novas tarefas. Em suma, é de extrema importância os docentes, sempre que possível, trabalharem em parceria com o professor da Educação Especial ou psicólogos, de modo a obterem estratégias para controlar este tipo de alunos. A relação entre professor e aluno deve assentar na confiança e empatia, de modo a que o aluno se sinta motivado para o estudo e consiga ultrapassar as suas lacunas. Os educadores devem evitar relações conturbadas com os alunos, sabendo que as crianças hiperativas têm acrescidas dificuldades em dominar os seus impulsos e que uma má relação professor-aluno terá certamente consequências nefastas no sucesso escolar, com perda da autoestima, falta de motivação para o estudo e maior dificuldade em ultrapassar as suas lacunas, em especial nos alunos com PHDA.

2.2.7 Conhecimentos e atitudes dos professores

O professor desempenha um papel extremamente importante no reconhecimento e tratamento do jovem com PHDA. Segundo Scituito et al. (2000) o professor é uma peça fundamental na equipa multidisciplinar, dado o seu acompanhamento diário numa variedade de situações clinicamente relevantes. A falta de atenção, definida no DSM-IV-TR (APA, 2002), é detetável, em grande parte, a partir das atividades académicas, tornando-se essencial as observações e perceções dos professores.

Segundo Kos (2004) o conhecimento dos docentes está relacionado com a sua formação sobre a PHDA. Por vezes, na vida académica dos professores não existe esta temática em nenhuma disciplina pedagógica da área do ensino. Daí a importância da formação contínua para melhoria dos seus conhecimentos. Para o autor estas ações deverão ser dirigidas a todos os professores no ensino, podendo as universidades ter um

interessante papel ao promover cursos de formação académica dos docentes para desenvolvimento e implementação de temáticas relacionadas com a PHDA.

Vários estudos realizados, nomeadamente o de Sciutto et al. (2000) constataram que existe uma enorme falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, que se traduz num obstáculo para as necessidades das crianças afetadas. Carreiro et al. (2007) analisou o conhecimento dos professores no Brasil através de entrevistas e verificou existir uma carência de informações acerca da PHDA, assim como falta de métodos ou estratégias para lidar com este tipo de alunos. Na realidade, os docentes não têm o conhecimento adequado sobre origem, sintomas, características, estratégias e consequências da PHDA. Esta constatação é preocupante dado que o desconhecimento sobre a problemática leva à formação de ideias erradas acerca das intervenções que se devem aplicar a esta população. Alguns professores desconhecem o que é a PHDA, chegando mesmo a não conseguir identificar os alunos que padecem desta perturbação.

Jerome et al. (1994) avaliaram o conhecimento de PHDA dos professores do ensino canadiano e americano através de um questionário composto por 20 itens. Neste estudo de resposta binária (“verdadeiro” ou “falso”) os resultados obtidos foram muito semelhantes para os dois universos em objecto de estudo (78% para a amostra canadiana e 77% para a amostra americana). Em ambas as amostras os resultados obtidos foram mais elevados no que respeita aos conhecimentos dos Sintomas da perturbação e mais baixos na temática dos Tratamentos existentes para a PHDA. Por exemplo, dois terços dos professores responderam erradamente acerca da existência de estratégias dietéticas, considerando que as mudanças dietéticas beneficiam este tipo de alunos. Os autores verificaram que existem docentes que acreditam que as crianças com PHDA superarão os seus sintomas com o tempo. Constataram ainda que os professores com mais tempo de serviço obtiveram pontuações mais elevadas na amostra canadiana, o mesmo não acontecendo com a amostra americana. Por último, estes autores concluíram que a formação em PHDA influencia positivamente o conhecimento sobre a mesma.

Baseando-se no questionário de Jerome et al. (1994), Bekle (2004) realizou um estudo na Austrália sobre o conhecimento e atitudes sobre PHDA, com professores no ativo e estudantes de cursos relacionados com a educação. O nível de conhecimento dos professores no ativo foi ligeiramente superior ao dos estudantes da área de ensino, nomeadamente no que se refere às Causas e mitos da perturbação. Os resultados deste estudo confirmaram algumas lacunas no conhecimento sobre a PHDA. Foram muitos os equívocos relacionados com o tratamento dietético, tal como no estudo de Jerome et al.

(1994). Este autor sugere a existência de diferenças significativas das atitudes em função do conhecimento ($p < 0,05$). A maioria dos participantes considerou o diagnóstico da PHDA como válido e expressou desejo de realizar formação sobre a temática em questão.

Curiosamente, Ohan et al. (2008) realizou um estudo, semelhante ao de Jerome et al. (1994), sobre o conhecimento dos professores australianos acerca da PHDA, assim como as suas crenças e atitudes perante as crianças portadoras da perturbação. Neste estudo as conclusões foram semelhantes a Jerome et al. (1994). O nível de conhecimento sobre PHDA foi de 76,34%, com resultados mais elevados na temática dos Sintomas/Diagnóstico e mais reduzido no que concerne aos Tratamentos e Causas. Relativamente ao tipo de atitudes que os professores têm perante as crianças com PHDA concluiu-se que essas atitudes são influenciadas pelo nível de conhecimento, isto é, os professores com nível médio/alto de conhecimento sentem menos capacidade para gerir estas crianças. No entanto estes professores têm mais tendência a procurar explicações, tratamentos e ajuda profissional para as crianças com a perturbação, do que aqueles com menos conhecimento.

Sciutto et al. (2000) desenvolveram uma escala de avaliação do conhecimento dos professores sobre a PHDA composta por 36 itens – KADDS (*Knowledge of Attention Deficit Disorder*). Este questionário foi construído gradualmente e testado por Sciutto desde 1994, começando por ter apenas duas hipóteses de resposta (verdadeiro ou falso). Após acrescentar a terceira possibilidade, “não sei”, o valor de correlação obtido foi bastante superior, tornando o KADDS um questionário válido e consistente para a investigação do conhecimento dos professores em PHDA. Foram vários os estudos que abordaram esta validade, nomeadamente, o de Hepperlen et al. (2002) e Small (2003). Os itens individuais do KADDS incluem somente aqueles que foram bem documentados, tratando-se de afirmações feitas na positiva ou na negativa. Sciutto et al. (2000) revelaram que os educadores possuem falsos juízos específicos sobre PHDA, como por exemplo: as mudanças dietéticas beneficiam este tipo de alunos. Na sua amostra com americanos, o nível médio de conhecimentos dos professores obtido foi de 47,8%. Os autores mediram o conhecimento e as perceções erradas de PHDA em três áreas específicas, através de 3 subescalas: i) Sintomas/Diagnóstico do PHDA; ii) Intervenção; e iii) Características Associadas, através de três opções de resposta (verdadeiro, falso e não sei). As sub-escalas escolhidas pelos autores refletem as áreas de conteúdo relevantes para as intervenções educativas. A determinação dos itens que compõem cada uma das sub-escalas de conhecimento foi realizada através do consenso de 40

estudantes de doutoramento em Psicologia Clínica e Escolar. Cada participante, usando uma descrição das áreas do KADDS, colocou cada item numa das três sub-escalas. Cada item só foi considerado como parte de uma das sub-escalas, se pelo menos 75% das respostas estivesse de acordo. Os resultados obtidos, segundo as 3 subescalas, foram muito superiores na área dos Sintomas /Diagnóstico, do que os obtidos na Intervenção e Características Associadas. Como tal, estes autores sugerem que a formação sobre a PHDA passe a abordar as diversas características da PHDA, para além daquelas que se encontram no DSM-IV. Neste estudo surgiu ainda que o conhecimento geral de PHDA está relacionado de modo significativo e positivo com os anos de experiência de ensino dos professores. A experiência com alunos com PHDA na sala de aula foi um fator igualmente importante na influência dos conhecimentos dos professores sobre este distúrbio. Deste modo, quanto maior o número de alunos com PHDA lecionados, maior o conhecimento dos professores sobre esta perturbação. Relativamente às atitudes não se verificou relação entre o conhecimento e o pedido de ajuda profissional, assim como entre o conhecimento e a procura de tratamentos/estratégias para lidar com este tipo de alunos.

Foram vários os estudos realizados sobre o conhecimento dos professores sobre a PHDA que se basearam no questionário KADDS. Por exemplo, Small (2003) obteve um nível de conhecimento de 57% na sua amostra americana. Neste estudo a área do conhecimento sobre a PHDA que obteve melhores resultados foi igualmente Diagnóstico e Sintomas, enquanto que a de menor nível de conhecimento foi a do Tratamento. Baseando-se num estudo de Anastopoulos (1992, cit. por Small, 2003), o autor analisou o nível de aceitação das estratégias utilizadas pelos professores, apresentando uma correlação positiva do número de alunos com PHDA que o professor lecionou com o nível de conhecimento. Os professores demonstraram aceitar as estratégias propostas a utilizar com alunos que sofrem da perturbação e sentem capacidades moderadas a altas para as implementar. Concluiu ainda que professores com mais formação, têm maior nível de conhecimentos e quanto maior for o conhecimento, maior é o nível de aceitação das intervenções.

Kleynhans (2005) realizou um estudo na África do Sul sobre o conhecimento dos professores sobre a PHDA e obteve um nível de conhecimento de 42,6%. Concluiu que este conhecimento é correlacionado positivamente pela formação e pelo número de alunos com PHDA. No entanto, o nível de conhecimento dos professores não está relacionado com o tempo de serviço dos professores. A área do conhecimento sobre a PHDA que obteve melhores resultados foi igualmente Diagnóstico/Sintomas. West et al.

(2005), Fernandez et al. (2007), Swanson (2012), Dilaimi (2013), Alkathani (2013) estudaram o nível de conhecimento dos professores da PHDA, através do KADDS, nas três áreas específicas do estudo de Sciutto et al. (2000) e correlacionaram igualmente de forma positiva o conhecimento dos professores em função do número de alunos com PHDA. Todos estes estudos, verificaram o Diagnóstico/Sintomas como a área cujo nível de conhecimento é o mais elevado. Para Fernandez et al. (2007), Swanson (2012), Dilaimi (2013) a área específica que obteve menor nível de conhecimento foi as Características.

West et al. (2005) baseando-se igualmente no KADDS constatou que o nível de conhecimento da sua amostra de professores e pais australianos era baixo. Os conhecimentos do Diagnóstico/Sintomas e da Intervenção foram superiores na amostra dos pais. Os autores concluíram que o conhecimento em PHDA está positivamente correlacionado com o número de alunos com PHDA. As concepções erradas sobre a PHDA foram evidentes, sendo que o universo dos pais apresentou um nível superior.

Fernandez et al. (2007) num estudo realizado à população espanhola constatou que o nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é baixo (42,7%). Este autor encontrou diferenças significativas do conhecimento da PHDA em função da formação e do número de alunos com PHDA, assim como da formação em função da Autoeficácia Percebida. No entanto, neste estudo não foram encontradas diferenças significativas do tempo de serviço em função da Autoeficácia Percebida. Note-se que este autor definiu Autoeficácia Percebida do professor como a percepção das suas próprias capacidades para enfrentar de forma eficaz o processo de ensino-aprendizagem. Para este autor as crenças da Autoeficácia podem influenciar de forma positiva a motivação dos professores para proporcionar maior sucesso escolar aos seus alunos.

Garcia (2009) analisou igualmente o conhecimento, assim como as estratégias mais utilizadas por profissionais americanos. O autor conclui que o nível de conhecimento é baixo, nomeadamente no que respeita aos Sintomas/Diagnóstico e Intervenção. No entanto, contrariamente a Sciutto et al. (2000), West et al. (2005), Fernandez et al. (2007), Swanson (2012), Dilaimi (2013) e Alkathani (2013), os resultados dos Sintomas/Diagnóstico não foi a área de conhecimento que obteve melhor nível de conhecimento, mas sim as Características Gerais, seguido da Intervenção. As estratégias mais utilizadas foram as de Organização de Sala de Aula e do Currículo (utilização das novas tecnologias). Garcia (2009) constatou ainda que a falta de conhecimentos sobre as estratégias mais adequadas a utilizar com este tipo de alunos, tem consequências graves na qualidade de ensino sugerindo a formação como um fator

importante. Por último, o autor não verificou diferenças significativas do conhecimento dos professores em PHDA em função do tempo de serviço bem como com o número de alunos com PHDA que os professores já lecionaram.

Swanson (2012) constatou que o nível de conhecimento de professores americanos era baixo e que estes tinham falta de informação sobre as causas e natureza da perturbação. Neste estudo registaram-se dificuldades por parte dos professores em identificar Sintomas numa descrição de um aluno em particular, demonstrando apreensão quanto ao uso de medicação.

Alkathani (2013) que realizou uma investigação na Arábia Saudita, constatou que o conhecimento dos professores sobre a PHDA é insuficiente e está positivamente relacionado com o número de alunos com PHDA que o professor lecionou e com o nível de confiança para lecionar este tipo de alunos.

Dilaimi (2013) verificou que o nível de conhecimento dos professores neozelandeses sobre a perturbação é de 48%. O autor concluiu que as questões que obtiveram maior número de respostas erradas estavam relacionadas com as intervenções dietéticas. Os itens que os apresentaram maior nível de desconhecimento estavam relacionados com os tratamentos da hiperatividade através de terapias eletroconvulsivas.

Kos (2004) realizou 4 estudos na sua investigação. No primeiro investigou as atitudes e conhecimentos dos professores australianos do 1º ciclo. Para avaliar esse conhecimento Kos (2004) baseou-se nos estudos de Sciutto et al. (2000) e Jerome et al. (1994), obtendo como resultado valores próximos de 60,7%. Neste estudo verificou-se ainda a existência de uma correlação positiva entre o número de alunos com PHDA que o professor lecionou e o seu conhecimento sobre esta perturbação. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas desse conhecimento em função do tempo de serviço. Para avaliar as atitudes e crenças dos professores relativamente à PHDA, Kos (2004) construiu um questionário com 31 itens e criou uma escala visual analógica, constituída por uma reta de 10 cm, onde os professores colocavam o nível de concordância relativo a cada um dos itens (a concordância máxima era cotada nos 0 cm, enquanto que a discordância total nos 10 cm). A autora concluiu que os professores concordavam fortemente com a legitimidade e validade do problema educacional da PHDA e que reconheciam que a problemática é diagnosticada por excesso. A análise fatorial exploratória realizada, sobre as respostas dos professores aos itens de atitudes, a partir da solução fatorial rotacional, conduziu a uma solução com sete fatores: i) Falta de Controlo; ii) Efeitos Negativos na Sala de Aula; iii) Legitimidade do Diagnóstico; iv)

Competência Percebida; v) Influências na Gestão; vi) Expectativas; e vii) Controle Externo. O fator com maior grau de concordância foi a Falta de Controle, mostrando que as crianças têm pouco controle no seu comportamento, tornando-se difícil para os professores gerir este tipo de comportamentos, seguido dos Efeitos Negativos na Sala de Aula, onde se concluiu que os professores acreditam que as crianças com PHDA influenciam negativamente o ambiente da sala de aula.

O segundo estudo realizado por Kos (2004) visou a análise do tipo de estratégias que os professores implementam perante um aluno com PHDA. A autora definiu na sua investigação cinco estratégias que podem ser utilizadas pelos professores na sala de aula: i) Reforço; ii) Consequências Graves; iii) Ignorar-Planeado; iv) Organização do Currículo; e v) Suporte Emocional. As Estratégias de Organização do Currículo foram consideradas como as mais úteis e benéficas na gestão comportamental dos alunos com PHDA. Os professores também apontaram favoravelmente as Estratégias de Reforço e de Suporte Emocional. No entanto, as Estratégias das Consequências Graves e Ignorar-Planeado foram apontadas como sendo as menos favoráveis. Kos (2004) realizou um terceiro estudo onde compara o conhecimento e atitudes dos professores no ativo com o dos professores estagiários. Estes últimos apresentaram um nível de conhecimentos sobre a PHDA mais reduzido. Relativamente às atitudes dos dois grupos de professores descritos, as diferenças não foram significativas. Por último, o quarto estudo refere-se à implementação de um workshop sobre a PHDA e respetivos resultados dos conhecimentos e atitudes após a realização do mesmo. Concluiu-se que o conhecimento sobre a perturbação sofreu diferenças significativas, pelo que se constatou que o conhecimento foi superior após a realização da formação, sofrendo alteração apenas algumas atitudes.

Ghanizadeh (2006) investigou o conhecimento e as atitudes dos professores acerca da PHDA no Irão onde os professores assinalavam a veracidade ou falsidade dos diversos itens. O nível de conhecimento obtido foi baixo (46,9%) e as atitudes descritas no estudo demonstraram pouca tolerância por parte dos professores relativamente aos estudantes com PHDA. Este estudo permitiu ainda concluir a existência de uma relação entre as atitudes e o conhecimento, onde os professores com mais conhecimento acerca da perturbação apresentam um nível de tolerância mais elevado do que os professores com conhecimento inferior sobre este distúrbio. Não houve diferenças significativas do nível de conhecimento em função do género. Os professores consideraram que dar aulas a alunos com PHDA provoca stress. O autor concluiu ainda que o conhecimento dos docentes sobre o tema dos tratamentos é baixo. Verificou desconhecimento quanto ao

benefício da medicação neste tipo de alunos. As estratégias consideradas pelos professores como as mais benéficas para estes alunos foram as do tipo Ignorar-Planeado seguido das Consequências Graves.

Murray (2009) realizou um estudo na Austrália onde analisou as atitudes, concepções e conhecimentos dos professores e dos pais relativamente à PHDA, baseando-se no estudo realizado por Kos (2004). Nesta investigação foram analisadas 3 amostras: professores com experiência educacional, professores estagiários e pais de alunos com e sem a PHDA. Relativamente ao estudo acerca das atitudes dos professores, Murray (2009) testou 7 fatores: i) Efeitos Negativos, ii) Falta de Controlo, iii) Otimismo, iv) Legitimidade do Diagnóstico, v) Expetativas, e vi) Autocompetência Percebida. O único fator que obteve diferenças significativas entre as 3 amostras foi o fator da Autocompetência Percebida. Foram várias as conclusões obtidas neste estudo, entre elas o facto de os professores estagiários terem menos confiança nas suas competências para lidar com crianças com este tipo de perturbação. Encontraram-se relações entre o nível de conhecimento e a Autocompetência Percebida, isto é professores com maior nível de conhecimento demonstraram sentir mais Autocompetência para lidar de forma eficaz com os problemas apresentados por alunos com PHDA. Os pais demonstraram desejo de articular trabalhos de colaboração com os docentes. Deste modo Murray (2009) considerou que a relação entre pais e professores deve ser fortalecida, de forma a maximizar o sucesso e o número de experiências positivas dos alunos com PHDA.

Legato (2011) analisou o conhecimento dos professores sobre a PHDA relacionando-o com as atitudes dos docentes perante alunos com esta perturbação. O conhecimento não demonstrou diferenças significativas em função do número de alunos com PHDA. A área com maior nível de conhecimento sobre foi o Diagnóstico/Sintomas e a que obteve menor nível de conhecimento foi as Intervenções. As atitudes foram medidas através da escala "Sense of efficacy scale" de Tschannen-et al. (2001, cit. por Legato, 2011). O autor concluiu que os professores com maior nível de conhecimento demonstraram um maior nível de eficácia no trabalho com este tipo de alunos. Não foram encontradas relações entre o conhecimento e o número de alunos com PHDA, bem como entre o conhecimento e as expetativas que os professores têm em relação a estes alunos. Igualmente não se verificaram relações entre as expetativas e a autoeficácia.

Anderson et al. (2012) realizaram um estudo na Austrália onde mediram o nível de conhecimento e atitudes dos professores relativamente à PHDA entre duas amostras – alunos universitários de cursos de ensino e de professores no ativo. No caso dos alunos

universitários, estes foram subdivididos consoante a experiência de ensino obtida através do estágio pedagógico. Para avaliar o conhecimento basearam-se em 33 dos 67 itens do estudo de West et al. (2005, cit. por Anderson et al, 2012) “*Knowledge About Attention Deficit Disorder Questionnaire*” (KADD-Q, baseado no KADDS). Anderson et al. (2012) utilizaram o questionário realizado por Smith et al. (2008, cit. por Anderson et al, 2012) para avaliar a autoeficácia do universo em objeto de estudo (alunos universitários e professores no ativo). As atitudes foram avaliadas através do estudo apresentado por Haddock and Zanna (1999, cit. por Anderson et al, 2012). Os resultados obtidos para o nível do conhecimento sobre a PHDA relativos ao grupo dos professores universitários (com e sem experiência) foram semelhantes e próximos de 52%. Os professores no ativo obtiveram valores próximos de 60%. Verificou-se ainda que o conhecimento dos professores com experiência é superior aos dos docentes do ensino universitário, nomeadamente no que respeita às Características e Intervenção. Em ambos os grupos a área específica dos tratamentos da PHDA apresentaram resultados inferiores. No entanto, o conhecimento sobre as causas, atitudes e crenças não diferem significativamente em função da experiência dos professores.

Vereb (2004) abordou o conhecimento dos professores americanos sobre a PHDA e seus tratamentos, analisando posteriormente a aceitação das diferentes abordagens relativamente aos tratamentos da PHDA (intervenção farmacológica e comportamental), através do instrumento “*Knowledge of ADHD rating evaluation*” (KARE). Apesar dos resultados do estudo demonstrarem que os professores obtiveram um bom nível de conhecimento sobre a PHDA (70%), estes não estavam cientes dos tratamentos disponíveis. Foram verificadas relações entre o conhecimento geral da PHDA em função do tempo de serviço e do número de alunos que os professores lecionaram. Os resultados indicaram ainda que o conhecimento dos docentes, o tempo de serviço e o número de estudantes com PHDA está correlacionado positivamente com a aceitação das intervenções farmacológicas. O mesmo não sucedeu relativamente às intervenções comportamentais, onde não foram encontradas diferenças significativas de nenhuma variável do conhecimento relativamente a este tipo de intervenção, assim como entre o conhecimento geral e o número de alunos com PHDA. No que se refere à formação dos professores em PHDA, esta está correlacionada positivamente com o conhecimento sobre a PHDA e aceitabilidade da intervenção comportamental.

Lourenço (2009) realizou um estudo em Portugal, baseado nas investigações de Rodrigues & Horta (2006, cit. por Lourenço, 2009), onde comparou o conhecimento com as atitudes dos professores sobre a PHDA. O autor concluiu que os professores

demonstraram ter conhecimento sobre a PHDA, exceto nos aspetos relacionados com a Intervenção e com o tipo de atitudes a tomar perante este tipo de alunos.

Batista (2010) analisou as perceções dos professores acerca do impacto que os problemas de comportamento das crianças com PHDA causam na sala de aula. Para isso baseou-se no questionário de Barkley (1997) - "*School situations questionnaire*", aplicando-o a professores da área de Oeiras e Lisboa. O autor concluiu existir correlações positivas e significativas entre o nível de défice de atenção e hiperatividade e o número de problemas apresentados pelos alunos.

Filipe (2011) analisou o conhecimento dos professores sobre a PHDA e as dificuldades com que estes se deparam na sala de aula, bem como as estratégias que mais utilizam. O autor constatou que a formação é insuficiente e os docentes têm falta de conhecimentos sobre a PHDA. Verificou ainda que o número de professores pertencente às equipas multidisciplinares é reduzido, o que dificulta o trabalho realizado diariamente pelos professores na sala de aula.

Santos (2012) realizou um estudo do conhecimento dos professores portugueses sobre a PHDA e verificou que este era baixo e que as metodologias aplicadas, para rentabilizar a aprendizagem das crianças com PHDA, são pouco eficientes.

Através da análise da maioria dos estudos supracitados é real o facto do conhecimento acerca da PHDA na sala de aula variar com a formação e experiência de cada professor, podendo ser incrementado com apoio de profissionais.

Sem a consciência de que existe algum desconhecimento acerca do PHDA, os professores não procuram ajuda profissional nem formação especializada, de forma a satisfazer as necessidades dos estudantes.

O presente estudo torna-se pertinente ao tentar aferir os conhecimentos, estratégias, atitudes, sentimentos e crenças dos professores relativamente à PHDA, questionando se há ou não necessidade de formação nesta área dos docentes em Portugal.

Capítulo 3: Metodologia de investigação

3.1 Introdução

Foram diversos os estudos que abordaram esta problemática, nomeadamente Lourenço (2009), Batista (2010), Filipe (2011), Jerome et al. (1994), Sciutto et al. (2000) e Kos (2004) e tendo em conta as características da presente pesquisa, já descritas anteriormente, os questionários pré-existent de Kos (2004) e Sciutto et al. (2000) foram aqueles que pareceram mais adequados para analisar a problemática do conhecimento e atitudes dos professores sobre a PHDA. A sua conjugação permitiu testar de forma mais eficaz as hipóteses direcionais colocadas neste estudo e alcançar os objetivos pretendidos.

Realça-se ainda o facto de vários estudos, nomeadamente, Legato (2011), Kleynhans (2005), Kos (2004) e Small (2003) avaliarem o conhecimento dos professores sobre PHDA através do questionário de Sciutto et al. (2000) – KADDS, tal como o presente estudo. Este questionário é um dos mais utilizados pela comunidade científica para averiguar o conhecimento dos professores sobre a PHDA¹².

De acordo com a pesquisa bibliográfica, considerou-se que o estudo desenvolvido por Kos (2004) poderia ser utilizado como base no desenvolvimento de novos questionários, no sentido de avaliar o conhecimento, as crenças, as atitudes, os sentimentos e as estratégias a utilizar com alunos portadores da perturbação. Este estudo já foi aplicado em países como Inglaterra, Escócia, Austrália, Canadá, EUA, Grécia, Chile, Eslováquia, Índias Ocidentais e África do Sul¹³.

Neste estudo foram desenvolvidos 5 questionários:

¹² KADDS “was one of the most widely used instruments to assess the level of knowledge of teachers regarding ADHD, and is the first instrument whose indices of reliability and validity were published in this field. It consists of 36 items, 18 positive and 18 negative, and measures three areas of knowledge related to ADHD: 1) Symptoms/Diagnosis of ADHD (9 items), 2) General information on the nature, causes and impact of ADHD (15 items), and 3) Treatment of ADHD (12 items)” (Soroa et al, 2013).

¹³ “Dr Kos has a PhD in clinical psychology. Her doctoral work investigated teachers’ knowledge, attitudes and behaviours toward children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Dr Kos’s research involved the development and administration of a number of survey instruments and training manuals for both pre-service and in-service teachers. She also developed and ran workshops for teachers to assist with classroom management of problematic (i.e., externalising) student behaviours. These materials have, and are, being used by other researchers around the world; including Australia, England, Scotland, Canada, the United States, Greece, Chile, Bratislava, West Indies, and South Africa.” - in <http://www.acer.edu.au/staff/julie-kos/>

- Questionário 1 contextualiza dados do participante, nomeadamente, a formação de base, o género, a idade, o tempo de serviço, as funções desempenhadas atualmente, os ciclos de ensino, a categoria profissional e a Escola/Instituição na qual leciona.
- Questionário 2 caracteriza os professores pelo nível de formação em PHDA que tiveram ou sentem necessidade de ter, bem como a sua experiência profissional no ensino destes alunos.
- Questionário 3 pretende averiguar o nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA e baseia-se na adaptação do KADDS – “*Knowledge of Attention Deficit Disorder*” –Sciutto et al. (2000) e do “*Knowledge Regarding ADHD*” - Kos (2004),.
- Questionário 4 no qual, através da descrição específica de um aluno, os professores avaliam se se trata de um caso de PHDA, pronunciando-se ainda sobre os tipos de estratégias a aplicar. Este questionário foi desenvolvido com base no “*Classroom Management Strategies*” - Kos (2004).
- Questionário 5 pretende averiguar sentimentos, concepções, crenças e atitudes dos professores acerca das crianças com PHDA, nomeadamente a capacidade dos docentes em lidar com este tipo de problemática, através ou não, dos instrumentos fornecidos ao longo da formação. Este questionário é baseado no “*Beliefs Regarding ADHD*” - Kos (2004).

3.2 Objetivos

Dado que a grande maioria dos estudos sobre crianças com a PHDA tende a relacionar o nível de conhecimento com as atitudes e formação dos professores e, uma vez que existe na comunidade científica um consenso generalizado sobre a importância da formação nesta área, considerou-se pertinente relacionar as atitudes tomadas pelos professores na sala de aula com o tipo de formação realizada. Neste sentido, considerou-se ainda útil dar seguimento ao trabalho desenvolvido por Alvarez (2013) onde se relacionou o nível de conhecimento dos professores com a formação realizada no âmbito da PHDA.

Na condução dos trabalhos foram definidos diferentes objetivos, sendo que o primeiro visou avaliar o nível de conhecimento dos professores relativamente à PHDA. Deste modo foi tido em conta, não só a forma como o conhecimento se relaciona com a

formação dos professores e o número de alunos com PHDA, como também o tempo de serviço. Posteriormente, foram definidos outros objetivos, nomeadamente, a análise dos sentimentos, crenças e atitudes dos professores a respeito de crianças com PHDA e ainda o modo como as atitudes são influenciadas pelo grau de formação apresentado pelos professores. Por último, pretendeu-se aferir se os professores se consideram suficientemente capacitados para lidar com este tipo de perturbação tendo em conta a viabilidade/utilidade dos instrumentos fornecidos ao longo do período de formação.

Decorrentes destes objetivos foram formuladas hipóteses que visam averiguar as diversas relações, nomeadamente: i) conhecimento e formação; ii) conhecimento e número de alunos com PHDA; iii) conhecimento e tempo de serviço; e iv) atitudes e formação, as quais são descritas seguidamente.

Pretende-se ainda que esta linha de investigação permita despertar nos leitores a ideia que é preciso mudar alguma coisa no ensino em Portugal, nomeadamente encetar ações formativas aos docentes sobre Educação Especial (incluindo PHDA), durante a formação académica e no percurso profissional dos docentes. Espera-se também contribuir para um aprofundamento dos conhecimentos dos professores sobre PHDA de forma a melhorarem a sua prática letiva na problemática.

3.3 Hipóteses

No presente trabalho foram colocadas três hipóteses direcionais perante a amostra A:

- Hipótese 1: Os professores com mais formação na área têm mais conhecimento sobre PHDA.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: conhecimento dos professores sobre PHDA.

- Hipótese 2: Os professores com mais tempo de serviço têm mais conhecimento sobre PHDA.

Variável independente: tempo de serviço dos professores; variável dependente: conhecimento dos professores sobre PHDA.

- Hipótese 3: os professores que tiveram mais experiência com alunos com PHDA têm mais conhecimento sobre a mesma.

Variável independente: número de alunos com PHDA que os professores lecionaram;
variável dependente: conhecimento dos professores sobre PHDA.

A partir da amostra B foram colocadas 6 hipóteses direcionais:

- Hipótese 4: Os professores com formação sentem-se com maior capacidade e mais instrumentos para lidar eficazmente com a problemática da PHDA relativamente aos que não têm formação.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: capacidade e aquisição de instrumentos necessários para lidar com a problemática da PHDA.

- Hipótese 5: Os professores com menos formação sentem-se com menos controlo na gestão de comportamentos de crianças com PHDA do que os docentes com formação.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: controlo na gestão de comportamentos de crianças com PHDA.

- Hipótese 6: Os professores sem formação sentem que as crianças com PHDA influenciam mais negativamente o ambiente de sala de aula do que os docentes com formação.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: influência negativa das crianças com PHDA sobre o ambiente da sala de aula.

- Hipótese 7: Os professores com formação acreditam mais na validade do diagnóstico da problemática da PHDA do que os docentes sem formação.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: creditação na validade do diagnóstico.

- Hipótese 8: Os professores sem formação são mais influenciados por crenças dos pais/comunidade na forma como gerem a sala de aula do que os docentes sem formação.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: influência dos pais/comunidade sobre a gestão de uma turma com alunos com PHDA.

- Hipótese 9: Os professores com formação têm mais expectativas acerca das crianças com PHDA do que os docentes sem formação;

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: expectativas acerca das crianças com PHDA.

- Hipótese 10: Os professores sem formação recorrem mais a fatores externos, tais como medicamentos e apoio do professor do ensino especial, para lecionar alunos com PHDA do que os docentes com formação.

Variável independente: formação em PHDA; variável dependente: fatores externos

3.4 Instrumentos de investigação

Num trabalho de investigação é essencial que a metodologia utilizada seja adequada ao estudo e que esta permita atingir os objetivos pretendidos. Como tal o instrumento de investigação utilizado foi o inquérito por questionário. Segundo Quivy & Champenhoudt (1998:188) o inquérito por questionário consiste em:

“em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre outro ponto que interesse aos investigadores”

Os questionários do presente estudo permitem recolher dados quantitativos e qualitativos acerca do conhecimento, estratégias, atitudes, sentimentos e crenças dos professores.

Uma das vantagens da utilização de um questionário é a possibilidade de inquirir um grande número de pessoas. No entanto, neste estudo tornou-se difícil a devolução atempada dos mesmos. Tal poder-se-á dever ao reduzido espaço de tempo que os inquiridos tiveram para responder (cerca de 1 mês e meio). Os meses em que foram entregues os questionários da amostra B (novembro e dezembro) prejudicou igualmente a entrega dos mesmos, pois coincidiu com o final de um período letivo (1º período).

Os 5 questionários elaborados são:

i) O Questionário 1 (Anexo A) visa a definição do perfil do participante através da recolha de dados que permitem posteriormente caracterizar a amostra, nomeadamente, ao nível da formação de base, sexo, idade, tempo de serviço, funções desempenhadas atualmente, ciclos de ensino, categoria profissional e Escola/Instituição na qual leciona.

As respostas às questões consideradas podem ser formalizadas através de cruzes (X) ou de resposta direta (no caso da indicação da escola onde leciona, categoria profissional e área curricular de formação de base).

ii) O Questionário 2 (Anexo B) tem como objetivo caracterizar o professor ao nível da prática profissional com alunos portadores da perturbação. A estrutura deste questionário permite ainda averiguar se o professor teve formação nesta área, durante o seu percurso universitário ou após a sua conclusão, bem como o tipo de formação realizada.

iii) O Questionário 3 (Anexo C) visa avaliar o conhecimento dos professores sobre a PHDA e é baseado no questionário KADDS (Sciutto et al., 2000) e no “*Knowledge Regarding ADHD*” (Kos, 2004). É composto por 47 itens e cada um deles apresenta uma subescala de resposta nominal de 3 itens: verdadeiro (V), falso (F) ou não sei (NS).

A estrutura apresentada permite uma melhor diferenciação entre os conteúdos que os professores dizem “não saber” (falta de informação) e os que são concepções erradas (equivocos). A distinção entre equivocos e falta de informação considera-se benéfica para situações em que o professor é confrontado com sintomas de PHDA num aluno. Por exemplo, quando se considera os efeitos da ingestão de açúcar em hiperatividade, um professor não familiarizado com investigações realizadas sobre os efeitos da dieta, poderá ser cauteloso e procurar mais informações. Aquele que acredita erroneamente que o açúcar pode aliviar os sintomas da PHDA pode não procurar pelas informações adicionais, recomendando incorretamente mudanças na dieta da criança (DiBattista & Shepherd, 1993, cit. por Sciutto et al., 2000). A escala foi construída para medir o conhecimento e as concepções erradas que existem relativamente à PHDA em três áreas específicas: Sintomas/Diagnóstico; Intervenção (Tratamento/Estratégias) e Características Associadas (informações gerais acerca da natureza, incidência, prevalência, causas e prognóstico da perturbação). Estas áreas específicas foram escolhidas no sentido de propor uma reflexão acerca do conteúdo de áreas relevantes para a decisão do diagnóstico e intervenções educacionais (Sciutto et al., 2000), de modo a permitir avaliar a necessidade de formação em PHDA, bem como definir as áreas com maior défice de conhecimento que devem ser abrangidas na formação.

A cada resposta correta é atribuído 1 ponto, a cada resposta errada 0 pontos e a cada resposta “não sei” 2 pontos. A escolha de pontuar com 2 pontos as respostas “não sei” foi devida à necessidade de, para análise posterior dos dados, permitir quantificar o número de respostas “não sei” em cada pergunta. Este tipo de classificação foi utilizado

por outros investigadores, tais como Sciutto et al. (2000) e Kos (2004). Desta forma é possível distinguir entre as respostas dos participantes que têm uma conceção errada, daquelas que não sabem efetivamente. O nível de conhecimento acerca da PHDA de cada professor é obtido através da média de um somatório das respostas corretas. Ou seja, às respostas incorretas ou às que o participante responde “Não sei”, não é atribuída qualquer pontuação no somatório final.

Através da conjugação do Questionário 3 com o Questionário 1 e 2 pode verificar-se se existe relação entre o conhecimento e: a formação realizada no âmbito da perturbação, o número de alunos com PHDA e o tempo de serviço dos professores.

iv) O Questionário 4 (Anexo D) baseia-se nos questionários da “*Classroom Management Strategies*” - Kos (2004), no qual, através da descrição de um aluno, os professores avaliam se se trata de um caso de PHDA, pronunciando-se ainda sobre os tipos de estratégias a aplicar. Na questão 4.1 (onde os professores afirmam tratar-se ou não de um caso de PHDA) as hipóteses de resposta são “Sim”; “Não” e “Não sei”. A cada “Sim” é dado 1 ponto, a cada “Não”, 0 pontos, e à resposta “Não Sei”, 2 pontos. O somatório das respostas com 1 ponto revela o número de professores que reconheceram corretamente um aluno com PHDA. Numa segunda parte deste questionário apresentaram-se 30 estratégias diferentes, dentro das quais cada professor teve de escolher as 10 estratégias mais importantes a aplicar no caso descrito. Cada estratégia escolhida é pontuada por 1 ponto e cada estratégia não escolhida obtém pontuação nula. Desta forma é possível averiguar o universo de professores que escolheram determinada estratégia (através da média do somatório de respostas pontuadas com 1 ponto) e concluir quais as estratégias mais utilizadas pelos professores desta amostra.

v) O Questionário 5 (Anexo E) permite averiguar sentimentos, crenças e atitudes dos professores acerca das crianças com PHDA, nomeadamente ao nível da sua capacidade em lidar com este tipo de perturbação, através ou não, dos instrumentos fornecidos ao longo da formação. O instrumento de investigação baseia-se no questionário “*Beliefs Regarding ADHD*” (Kos, 2004). A metodologia adotada baseia-se na Escala de Likert que permite uma análise das atitudes, sentimentos e crenças dos inquiridos através da concordância ou discordância de uma determinada afirmação. Apesar de Kos (2004) ter optado por fazer um questionário segundo uma linha contínua (Visual Analogue Scales, VAS), diferentes autores (Johansson & Finizia, 2007, Svensson, 2000, citados por Botelho et al., 2012) referem que a utilização deste formato de respostas pode condicionar os resultados. Embora na Escala de Likert seja possível a utilização de um número de pontos diversos, a opção considerada teve como base o intervalo de 0

(discordo totalmente) a 10 (concordo plenamente) atribuindo apenas os descritores verbais aos extremos. A utilização de 11 pontos na escala permite ter em conta respostas em posição central (neutras) dando uma maior consistência interna (Adelson & McCoach, 2010). A utilização de etiquetas em todas as categorias não influencia essa mesma consistência, facto esse igualmente defendido por diferentes grupos de investigadores (Dixon et al., 1984, Newstead & Arnold, 1989, Landrum, 1999 citados por Botelho et al., 2012). Deste modo considera-se que a estrutura apresentada conduziu a uma mais fácil resposta por parte dos inquiridos, dado o grande número de hipóteses como objeto de estudo (maior objectividade e respostas com maior precisão), bem como a uma redução dos desvios na análise das respostas.

O Questionário 5 apresenta 36 itens que refletem as crenças, atitudes e sentimentos dos professores relativamente aos alunos com PHDA e à própria perturbação. Tendo em conta os resultados obtidos ao nível de concordância dos diversos itens do questionário, pode-se concluir que um valor baixo (entre 0 e 4,4) significa que os participantes discordam com a afirmação, enquanto um valor alto (entre 5,6 e 10) sugere a concordância dos participantes. Caso a média de respostas esteja compreendida entre 4,5 e 5,5 (próxima de 5) considera-se que a opinião dos participantes é neutra em relação ao item avaliado. Estes critérios são semelhantes aos do estudo de Kos (2004). A maioria das frases foi colocada de forma positiva ou negativa (no sentido de evitar respostas evasivas).

Para além de analisar o nível de concordância dos professores com os diversos itens, o Questionário 5 permite distribuí-los por 7 dimensões: i) Falta de Controlo, ii) Efeitos Negativos, iii) Validade do Diagnóstico, iv) Perceção de Autocompetência; v) Influências na Intervenção/Gestão, vi) Expetativas e vii) Controlo Externo. Portanto: i) a primeira dimensão, Falta de Controlo (itens nº 5.11, 5.14, 5.18, 5.19, 5.20, 5.21, 5.23, 5.24, 5.25), indicará se os professores sentem que têm pouco controlo na gestão de comportamentos deste tipo de crianças e se consideram que as crianças com PHDA não conseguem controlar o seu comportamento; ii) a segunda dimensão, Efeitos Negativos (itens nº 5.8, 5.13, 5.15, 5.16), mostrará se os professores consideram que as crianças com PHDA influenciam negativamente o ambiente de sala de aula; iii) a dimensão nº 3, Validade do Diagnóstico (itens nº 5.1, 5.2, 5.4 e 5.7), indicará se há uma aceitação do diagnóstico da PHDA; iv) a quarta dimensão, Perceção de Auto Competência (itens nº 5.9, 5.26, 5.27 e 5.28), mostrará se os professores acreditam que têm os instrumentos e capacidade para gerir alunos com esta problemática; v) A dimensão nº5 (itens nº 5.29, 5.30, 5.31) - Influências na Intervenção/Gestão - indicará se os professores sentem que

a sua gestão educacional pode ser influenciada por crenças/diretrizes por parte dos pais/comunidade escolar; vi) a sexta dimensão- Expectativas (item nº 5.6, 5.10, 5.17) - revelará se os professores criam expectativas diferentes relativamente aos alunos com PHDA; vii) a sétima dimensão – Controlo Externo (item nº 5.5 e 5.22) - indicará se os professores acreditam na necessidade da intervenção de fatores externos, tais como medicação e apoio especializado, para controlar os alunos com a PHDA.

Através da conjugação do Questionário 5 com o Questionário 2 pode-se verificar se existe relação entre as atitudes (dimensões) e a formação realizada em PHDA.

3.5 Cronograma

Este estudo iniciou-se em dezembro de 2012 quando foi estabelecido contacto, via email com a autora do estudo "*Primary school teachers knowledge, attitudes and behaviors toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder*" (2004), Julie Kos, tema este que se pretendeu desenvolver. No entanto, uma vez que os questionários não foram publicados até à presente data, houve necessidade de contactar a autora de forma a obter os questionários e analisar se de facto eram adequados para atingir os objetivos propostos no presente estudo.

Posteriormente desenvolveram-se os questionários 1, 2, 3 e 4, aplicando-os a uma amostra de 103 professores (A) durante o mês de janeiro e fevereiro de 2013. Estes permitiram analisar o nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA e as estratégias mais utilizadas com este tipo de alunos. Numa segunda fase realizou-se um quinto questionário, aplicado a uma amostra B (122 professores) durante o mês de novembro e dezembro de 2013, que permitiu analisar as atitudes, sentimentos e crenças dos professores em relação à PHDA.

3.6 Protocolo de recolha e aplicação de dados

Relativamente às amostras A e B foi pedida autorização por escrito às Direções dos Estabelecimentos de Ensino onde iriam ser aplicados os inquéritos (Anexo F). Após contacto direto com os docentes e a sua aceitação em participar neste estudo, foram fornecidos os questionários pessoalmente (em formato de papel) e/ou por via eletrónica.

Do universo de 200 questionários (120 enviados por via eletrónica e 80 entregues em formato de papel) recebeu-se um total de 103 (57 via eletrónica e 46 formato de papel), facto esse que levou a uma diminuição significativa da amostra inicialmente considerada (amostra A).

Do universo de 300 questionários (190 via eletrónica e 110 formato de papel) receberam-se apenas 122 (44 via eletrónica e 78 formato de papel), facto esse que conduziu igualmente a uma diminuição significativa da amostra inicialmente considerada. A este novo universo de estudo designou-se de amostra B.

Os questionários de ambas as amostras foram rececionados num intervalo de mês e meio.

3.7 Dimensão e critérios de seleção da amostra

A população alvo da amostra A inclui Educadores de Infância e Professores dos 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e Secundário, da zona da Grande Lisboa (Mafra, Cascais, Oeiras, Sintra, Lisboa e Loures) e do distrito de Setúbal (concelho de Sesimbra). Na amostra B os professores/educadores questionados pertencem à zona da grande Lisboa (Cascais, Oeiras, Sintra, Amadora, Lisboa e Loures), do distrito de Setúbal (concelho do Barreiro), Aveiro (concelhos de Ílhavo, Oliveira de Azeméis, Murtosa, Águeda, Albergaria-a-Velha), Porto (concelho de Vila Nova de Gaia), Guarda (concelhos de Meda e Pinhel), Viana do Castelo (Monção) e Braga (concelho de Vila Nova de Famalicão).

O critério de seleção da amostra foi a escolha de Educadores/Professores (de qualquer área/grupo de ensino) que estivessem a exercer funções na área da Educação, qualquer que fosse o grau de Ensino. Trata-se, portanto, de uma amostra aleatória.

O facto dos Questionário 3 e 5 abordarem mais de 20 itens, cada, tornou-se impreterível que o estudo tivesse no mínimo uma amostra com 100 questionários preenchidos (amostra A é constituída por 103 educadores/professores e a amostra B por 122 educadores/professores). As amostras não são superiores devido ao facto de os professores não terem entregue atempadamente os questionários pretendidos. Na realidade, na amostra A, 51,5% dos professores abordados entregou o questionário devidamente preenchido, dentro do prazo, e na amostra B rececionou-se apenas 40,7% dos questionários.

3.8 Constrangimentos e limitações do estudo

Com o decorrer do trabalho foram várias as dificuldades encontradas. A grande maioria foi, de uma maneira ou de outra, ultrapassada com sucesso através da melhoria e adaptação de alguns dos procedimentos.

No presente estudo, os desvios encontrados nos resultados poderão dever-se, essencialmente, ao tamanho da amostra (número de questionários recebidos e devidamente preenchidos). Igualmente, a zona geográfica terá que ser tida em conta quando se pretende que estes resultados sejam analisados à escala nacional, uma vez que os resultados obtidos abrangem maioritariamente a zona da Grande Lisboa e os distritos de Setúbal, Aveiro, Guarda, Porto, Viana do Castelo e Braga. Apesar de terem sido enviados questionários a um elevado número de professores 55% destes ou não foram devolvidos dentro do prazo previamente estabelecido (cerca de mês e meio), ou foram preenchidos incorretamente impossibilitando a sua inclusão no estudo.

A discrepância que se encontra na classe dos docentes, entre o número de professores do género feminino e masculino, é notória. Deste modo, não foi possível arranjar uma amostra mais homogénea em termos de género. Esta situação dificultou a análise das diferenças ao nível do conhecimento, atitudes, sentimentos e crenças dos professores em função do género.

3.9 Ética da pesquisa

Uma vez que o enquadramento e a formulação dos questionários podem conter informações consideradas pessoais, estas foram estruturadas e tratadas tendo em consideração determinados aspetos, nomeadamente o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Considerou-se ainda que estes aspetos são fundamentais no sentido de permitir que as respostas obtidas sejam as mais representativas dos reais conhecimentos, sentimentos, concepções, crenças e atitudes dos professores perante esta temática.

3.10 Procedimentos estatísticos

No processo de caracterização das amostras, realizou-se uma análise descritiva onde foram tidos em conta diversos parâmetros, nomeadamente a distribuição de frequências; as medidas de tendência: central (moda e média); não central (quartis); e de dispersão (desvio padrão). Este tratamento de informação foi realizado através dos programas EXCEL e SPSS.

Relativamente ao processo de tratamento dos dados, procedeu-se igualmente a uma análise descritiva do conhecimento; das estratégias utilizadas; das atitudes, crenças e sentimentos dos participantes, face à PHDA, através da distribuição de frequências, das medidas de tendência central (média e moda) e da medida de dispersão (desvio padrão). Este tratamento de informação foi realizado através do programa SPSS.

Finalmente, neste estudo analisou-se a existência de diferenças das variáveis dependentes consideradas em função das variáveis independentes, através dos testes estatísticos T- *STUDENT* e *One way* - ANOVA (programa SPSS). Entenda-se como variáveis dependentes: i) o conhecimento de PHDA; ii) a capacidade e aquisição de instrumentos necessários para lidar com a problemática da PHDA; iii) o controlo na gestão de comportamentos de crianças com PHDA; iv) a influência negativa das crianças com PHDA sobre o ambiente da sala de aula; v) a influência dos pais/comunidade sobre a gerência de uma turma com alunos com PHDA; vi) a creditação na validade do diagnóstico; vii) as expectativas acerca das crianças com PHDA; viii) a perceção de Autocompetência; ix) os fatores externos. As variáveis independentes consideradas foram: i) formação em PHDA; ii) tempo de serviço; iii) número de alunos com PHDA.

Capítulo 4: Apresentação dos resultados

4.1 Introdução

Pedagogicamente a “ *hiperactividade infantil relaciona-se com deficiências perceptivas e dificuldades de aprendizagem (...)* ” (García, 1999: 2, cit. por Gomes, 2010:3). É certo que o rendimento escolar dos alunos é afetado, em parte, devido à constante falta de atenção, impulsividade e irrequietude. As dificuldades de aprendizagem que os alunos com PHDA enfrentam, quando não diagnosticadas a sua origem, pode levar a graves problemas de inserção social, pessoais e escolares, podendo chegar ao ponto do aluno ficar retido ou abandonar a escola definitivamente. No entanto este desfecho pode ser evitado quando o PHDA é diagnosticado, aplicando medidas e estratégias preventivas. Daí a importância do professor conhecer as características e estratégias relativas à PHDA de forma a não punir excessivamente os comportamentos inadequados do aluno. O professor desempenha um papel extremamente importante no reconhecimento e tratamento das crianças com esta perturbação, dada a sua exposição diária. Uma vez diagnosticada a perturbação, cabe ao professor despertar a atenção da criança, incentivar e motivar o aluno de forma a que este possa progredir a nível social, pessoal e escolar. Portanto, as estratégias implementadas na sala de aula face a esta problemática são de extrema importância quer para o aluno quer para o resto da turma. “*Quanto mais vivo e animado for o estilo do professor, maior será a atenção da criança*” (Falardeau, 1997: 110).

Estudos realizados, sugerem de uma forma global uma enorme falta de conhecimento dos professores sobre o PHDA, que se traduz num tremendo obstáculo para as necessidades das crianças afetadas (Kos, 2004, Sciutto et al., 2000). Devido à importância, já frisada, do conhecimento do professor sobre a PHDA, o presente estudo visa analisar o nível de conhecimento, atitudes, crenças e sentimentos dos professores relativamente à PHDA, assim como averiguar a influência da formação sobre a PHDA no nível de conhecimentos e nas atitudes dos professores. Para tal, a abordagem escolhida foi estruturada em duas fases distintas com incidência em duas amostras de professores, de diferentes zonas geográficas.

Na primeira fase pretendeu-se aferir: i) o nível de conhecimento dos professores; ii) a existência de diferenças do nível de conhecimentos acerca desta perturbação em função da formação, tempo de serviço e número de alunos com PHDA iii) as estratégias mais utilizadas pelos professores em relação aos alunos com PHDA. Nesse sentido, foram realizados 4 questionários a uma primeira amostra (amostra A) que incluiu um universo de 103 professores afetos aos distritos de Lisboa e de Setúbal.

Na segunda fase pretendeu-se avaliar: i) atitudes, sentimentos e crenças dos professores acerca das crianças com PHDA, nomeadamente a influência da formação dos professores em PHDA na capacidade destes lidarem eficazmente com esta perturbação. ii) a existência de diferenças nas atitudes, crenças e sentimentos dos professores em função da formação realizada pelos docentes acerca dessa perturbação. Para tal realizaram-se 3 questionários a uma segunda amostra (amostra B) composta por um universo de 122 professores pertencentes aos distritos de Lisboa, Aveiro, Guarda, Porto, Setúbal, Viana do Castelo e Braga, sendo que dois dos questionários são iguais aos aplicados na primeira fase.

4.2 Caracterização geral do universo da amostra

O número total de participantes do estudo é constituído por 225 educadores/professores. A amostra A é constituída por cento e três (N=103) educadores/professores do ensino básico e secundário de escolas e instituições na área da Grande Lisboa e do distrito de Setúbal. Através do Questionário 1 foi possível concluir que as idades referentes à amostra A variam entre os 31 e 63 anos.

A amostra B é constituída por cento e vinte e dois (N=122) educadores/professores do ensino básico e secundário de escolas e instituições na área da Grande Lisboa e do distrito de Aveiro, Guarda, Porto, Viana do Castelo, Braga e Setúbal. As idades referentes à amostra B variam entre os 23 e 64 anos. A média das idades em ambas as amostras é de 44 anos. No entanto, na amostra A a moda é 44 anos e o desvio-padrão é 8,6 e na amostra B a moda é de 38 e o desvio-padrão é 8,7 (Figura 1).

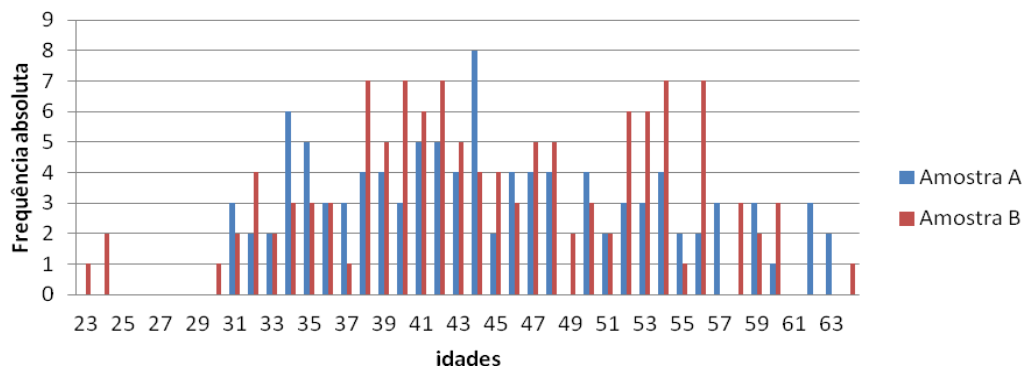


Figura 1: Distribuição dos professores por idades da amostra A (obtida na primeira fase do estudo) e da amostra B (obtida na segunda fase do estudo)

Em relação ao género os universos das 2 amostras são próximos:

- Amostra A: 95 (92,2 %) inquiridos são do sexo feminino, restando apenas 8 (7,8%) do sexo masculino (Figura 2);
- Amostra B: 106 (86,9 %) inquiridos são do sexo feminino, restando apenas 16 (13,1%) do sexo masculino (Figura 2).

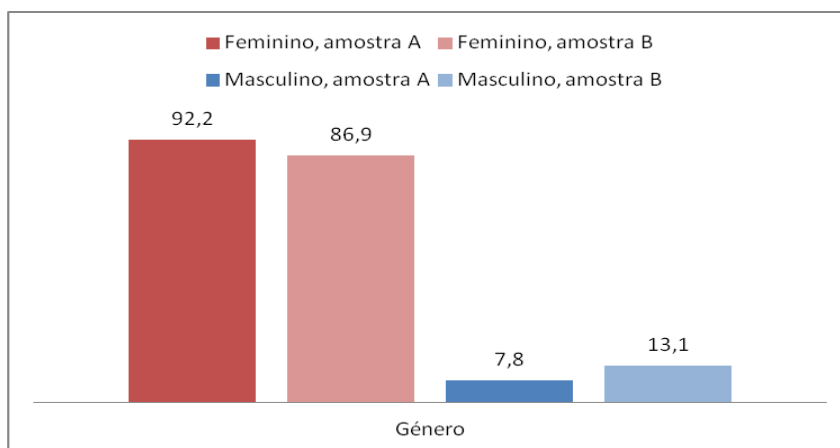


Figura 2: Distribuição dos professores por género da amostra A (obtida na primeira fase do estudo) e da amostra B (obtida na segunda fase do estudo)

Relativamente à experiência letiva (Figura 3), esta varia entre:

- Amostra A: 2 a 38 anos de lecionação (média=19,0; moda=23 e desvio padrão=8,7).
- Amostra B: 0 a 38 anos de lecionação (média=20,0; moda=25 e desvio padrão=8,8)

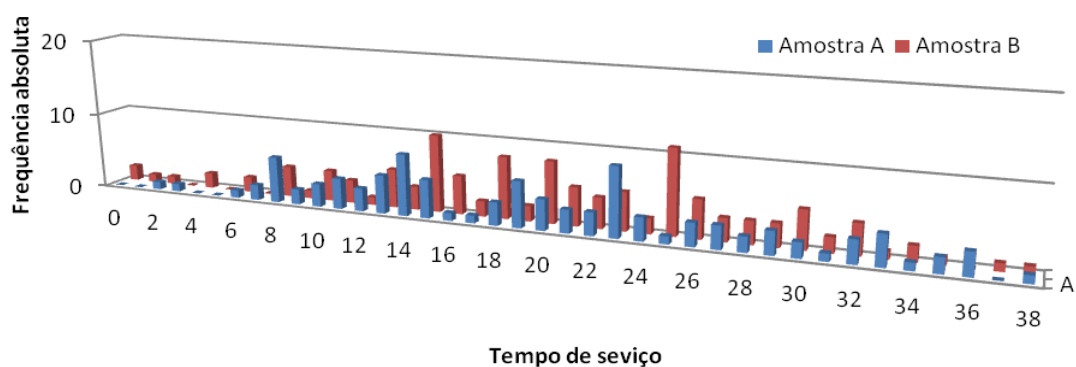


Figura 3: Distribuição dos professores por tempo de serviço da amostra A (obtida na primeira fase do estudo) e da amostra B (obtida na segunda fase do estudo)

Relativamente às características dos participantes (situação atual, ciclo de ensino e nível académico e de ensino) pode-se constatar que no universo de ambas as amostras mais de 50% dos professores é detentor apenas de uma licenciatura, a maioria deles tem como função atual lecionar as respetivas turmas e a área de formação base é sobretudo a Matemática e as Línguas (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos professores da amostra A e B por: nível académico, funções atuais e área curricular de formação base.

Variável	Amostra A (N=103)		Amostra B (N=122)	
	N	%	N	%
Nível académico				
Bacharelato	3	2,9	2	1,6
Licenciatura	75	72,8	64	52,5
Pós-graduação	10	9,7	14	11,5
Pós-graduação com especialização	4	2,9	20	16,4
Mestrado	10	9,7	21	17,2
Doutoramento	1	1,0	1	0,8
Outros	0	0,0	0	0,0

Variável	Amostra A (N=103)		Amostra B (N=122)	
	N	%	N	%
Funções atuais				
Leciona turma	55	53,4	43	35,2
Atividades de apoio acrescido	1	1,0	0	0,0
Docente Educação Especial	6	5,8	17	13,9
Leciona turma + atividades de apoio acrescido	16	15,5	22	18,0
Leciona turma + outros (DT e coordenação)	18	17,5	19	15,6
Leciona turma + atividades de apoio acrescido + outros (DT e coordenação)	6	5,8	14	11,5
Docente Educ. Especial + outros (DT e coordenação)	1	1,0	1	0,8
Outros (clubes, direção)	0	0,0	6	4,9
Área de formação base				
Matemática	26	25,2	21	17,2
Línguas	18	17,5	29	23,8
Economia	3	2,9	3	2,5
Geografia/História	4	3,9	12	9,8
Educação Física	5	4,9	14	11,5
Teologia/Filosofia	3	2,9	2	1,6
Artes	8	7,8	6	4,9
Geologia/Biologia	5	4,9	9	7,4
Físico-química	5	4,9	5	4,1
Informática	0	0,0	2	1,6
Educadora de infância	15	14,6	6	4,9
Curso de 1º ciclo e/ou 2ºciclo do ensino básico, com variante	6	5,8	10	8,2
Outros	4	3,9	3	2,5

Variável	Amostra A (N=103)		Amostra B (N=122)	
	N	%	N	%
Ciclo de ensino que leciona				
Pré-escolar	11	10,7	6	4,9
1ºciclo	8	7,8	9	7,4
2ºciclo	10	9,7	12	9,8
3ºciclo	19	18,4	20	16,4
Secundário	17	16,5	10	8,2
Em mais do que um ciclo	38	36,9	65	53,3

Através do Questionário 2 verificou-se que ambas as amostras têm mais de 75% de professores que não receberam formação da PHDA durante o percurso académico, isto é:

- Amostra A- 77,7 % dos participantes não tiveram formação relativa à PHDA durante o percurso académico (Figura 4);

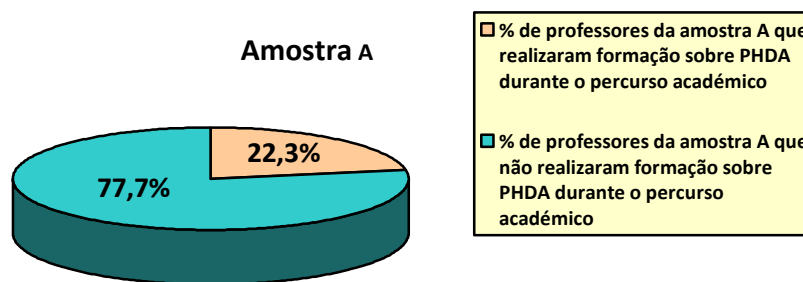


Figura 4: Universo de docentes da amostra A com formação sobre PHDA durante o percurso académico

- Amostra B- 82,8 % dos participantes não tiveram formação relativa à PHDA durante o percurso académico (Figura 5).

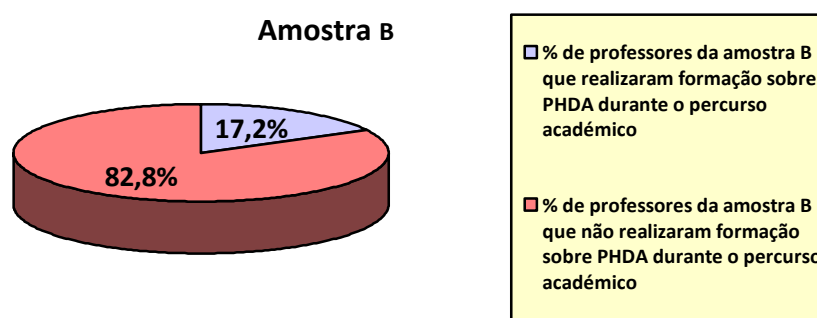


Figura 5: Universo de docentes da amostra B com formação sobre PHDA durante o percurso académico

Quando questionados acerca da importância da inclusão de conteúdos de PHDA na formação inicial, ambas as amostras consideram-na essencial (amostra A: 100% e amostra B: 98,4%). Os conteúdos sobre PHDA considerados mais importantes a incluir nessa formação, por ambas as amostras, são: Estratégias a Utilizar na Sala de Aula, Diagnóstico e Adaptações Curriculares (Tabela 2).

Tabela 2: Preferências de temas de conteúdos sobre PHDA a incluir na formação académica dos docentes

Tema dos conteúdos considerados importantes a lecionar na formação académica de docentes	Amostra A		Amostra B	
	N	%	N	%
1 – Diagnóstico	65	27,7	59	27,3
2 – Legislação	19	8,1	29	13,4
3 - Adaptações Curriculares	54	23,0	59	27,3
4- Estratégias a Utilizar na Sala de Aula	97	41,3	69	31,9

Após o percurso académico realizaram formação específica sobre PHDA 24,3% dos participantes da Amostra A, não tendo realizado qualquer tipo de formação, durante esse período, 75,7% do universo em questão. O tipo de formação realizada por mais participantes foi Ações Pontuais. O tipo de formação realizada durante o percurso

académico pela totalidade dos participantes (N=103) encontra-se no diagrama de Venn representado na Figura 6

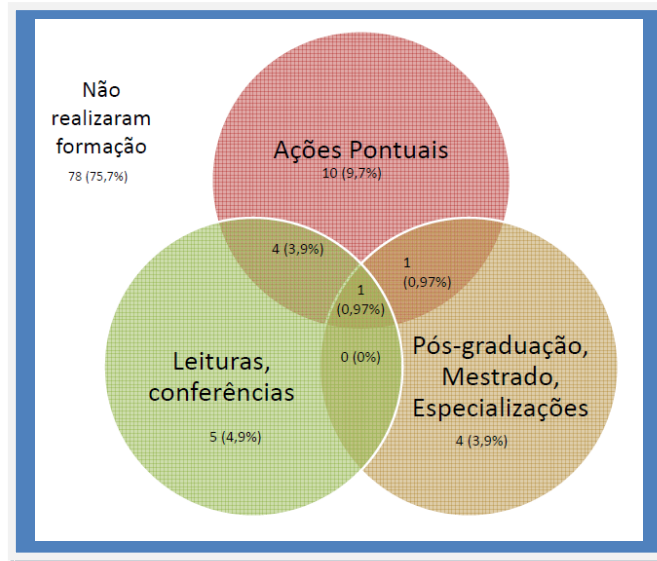


Figura 6: Formação realizada pela totalidade dos participantes da amostra A (N=103)

Relativamente à formação específica sobre PHDA pós período universitário da Amostra B realizaram 41 (33,6%) dos participantes, tendo 81 (66,4%) não realizado qualquer tipo de formação relacionada sobre a temática em estudo. O tipo de formação realizada por mais participantes da Amostra B foi “Pós-graduação, Mestrado e Especializações”. A formação realizada pela totalidade dos participantes (N=122) encontra-se no diagrama de Venn representado na Figura 7.

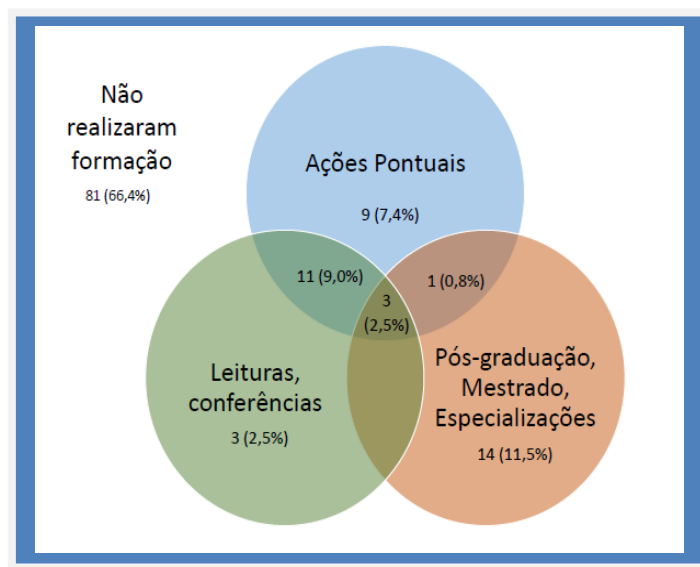


Figura 7: Formação realizada pela totalidade dos participantes da amostra B (N=122)

A formação realizada pelos participantes, anteriormente referidos, encontra-se descrita na Tabela 3.

Tabela 3: Tipo de formação realizada pelos participantes (25 da amostra A e 41 da amostra B) pós período académico.

Tipo de formação	Amostra A		Amostra B	
	N	%	N	%
	(N=25)		(N=41)	
1: Ações Pontuais	10	40	9	22,0
2: Leituras / Conferências	5	20	3	7,3
3: Pós graduação, Mestrado e Especializações	4	16	14	34,1
1 + 2: Ações pontuais + Leituras / Conferências	4	16	11	26,8
1 + 3: Ações pontuais + Pós graduação, Mestrado e Especializações	1	4	1	2,4
1 + 2 + 3: Ações Pontuais + Leituras / Conferências + Pós graduação, Mestrado e Especializações	1	4	3	7,3

Em relação a ambas as amostras, 39,1% realizou algum tipo de formação (durante ou após a formação académica) e 60,9% não realizou qualquer tipo de formação.

Importa ainda referir que 86,4% dos participantes da amostra A sente falta de formação adicional acerca da PHDA na sua prática de docente, enquanto que na amostra B 93,4% dos participantes sente falta dessa mesma formação. Neste contexto, os itens que obtiveram maior número de escolhas, em ambas as amostras, relativamente aos conteúdos que têm necessidade de aprofundar em formação adicional, são: Estratégias Escolares, seguida pela Avaliação dos alunos com PHDA e Diagnóstico do PHDA (este último apenas na amostra B). O item que os professores menos sentem necessidade de

aprofundar/melhorar em ambas as amostras é a Medicação Específica e Intervenção em Geral (Tabela 4).

Tabela 4: Conteúdos a melhorar no conhecimento sobre PHDA

Conteúdos a melhorar	Amostra A		Amostra B	
	N	%	N	%
1- Descrição e Causas do PHDA	34	14,4	35	15,7
2- Diagnóstico do PHDA	42	17,8	50	22,4
3- Estratégias Escolares	86	36,4	68	30,5
4- Avaliação de Alunos com PHDA	61	25,8	50	22,4
5- Medicação Específica e Intervenção em Geral	13	5,5	20	9,0

A maioria dos participantes da amostra A (81,6%) já teve pelo menos uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Do total de participantes o rácio de alunos por professor é de 8 alunos (desvio padrão:7,46). Note-se que 5 professores não conseguiram quantificar o número de alunos que tiveram. Verificou-se que a moda foi de 10 crianças por docente, no entanto as respostas variaram entre 0 e 30 crianças (Figura 8).

Relativamente à amostra B, 88,5% dos participantes já teve pelo menos uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Do total de participantes a média de alunos por professor é de 10 alunos (desvio padrão=10,6; moda=10). Foram 6 os professores que não conseguiram quantificar o número de alunos que tiveram (Figura 8).

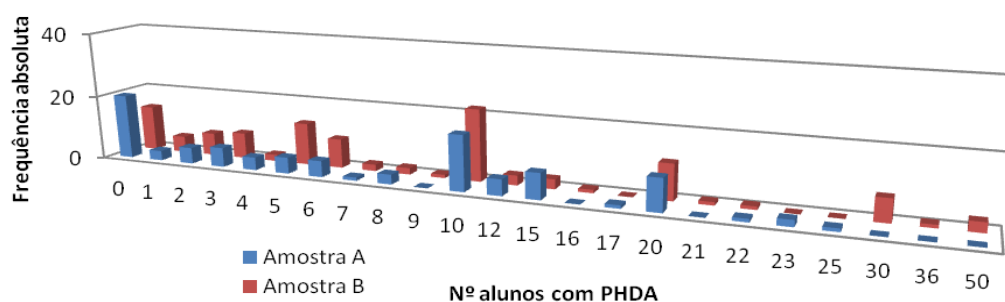


Figura 8: Número de alunos com PHDA com que os professores trabalharam

4.3 Análise de dados

4.3.1 Amostra A

Relativamente ao questionário acerca do conhecimento (Questionário 3) aplicado à amostra A, a média dos resultados obtidos foi de 46,8 % (desvio padrão:18,0; 1º quartil: 31,9%; 2º quartil=46,8%; 3º quartil:55.3%), isto é, 22 respostas certas em 47 questões no total. A nota mínima foi de 4,3% (2 respostas corretas) e a nota máxima de 76,6% (36 respostas certas). A moda foi 48,9% (23 respostas certas) tendo 11 participantes obtido esta classificação (num total de 103 participantes). Será interessante observar a distribuição dos resultados na Figura 9.

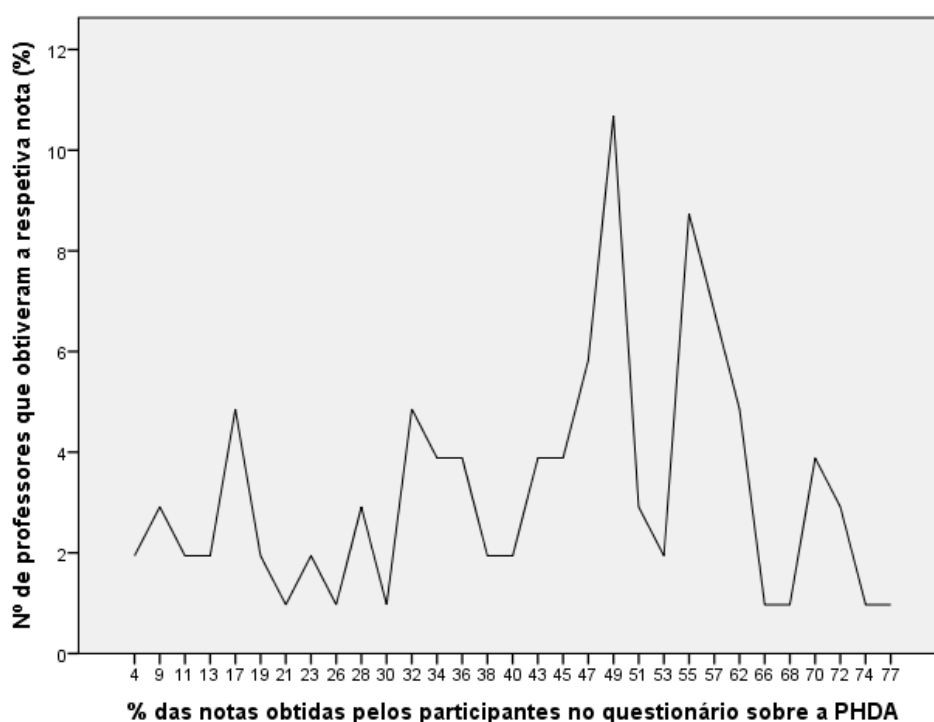
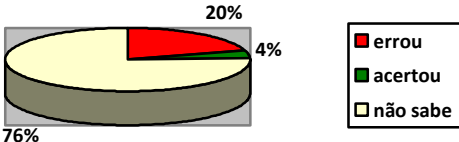
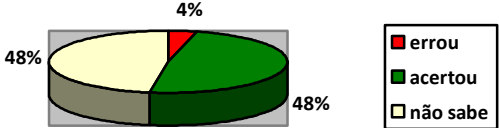
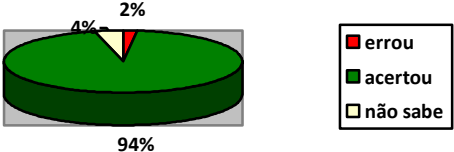
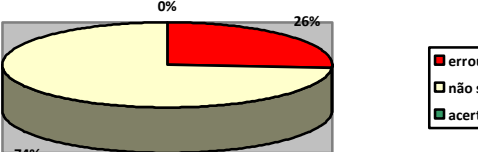
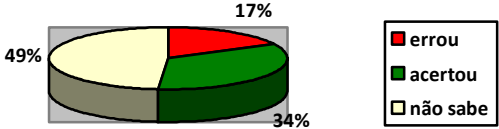
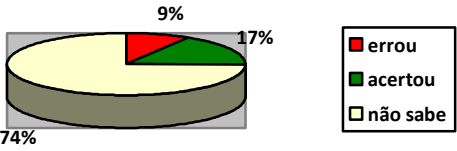
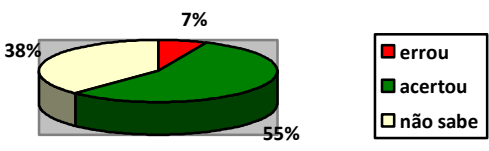
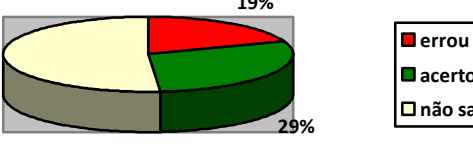


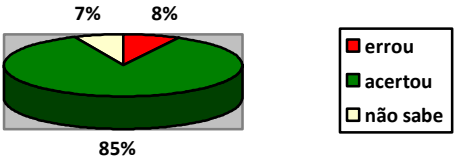
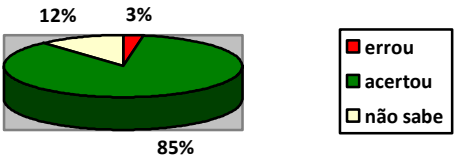
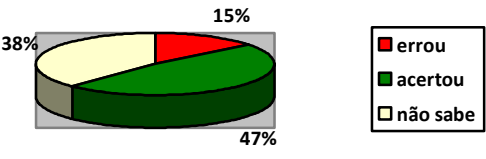
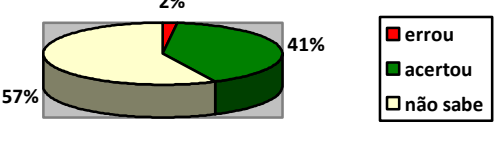
Figura 9: Resultados obtidos no questionário acerca de conhecimentos da PHDA

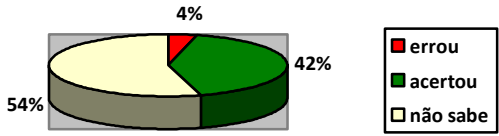
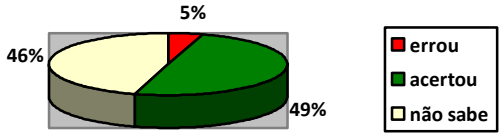
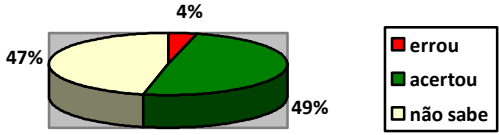
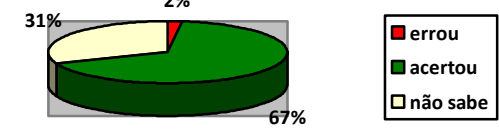
Para analisar individualmente o resultado obtido em cada item observe-se a Tabela 5.

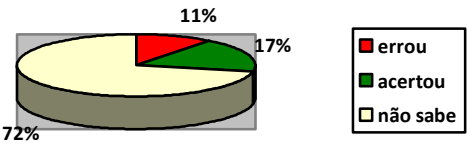
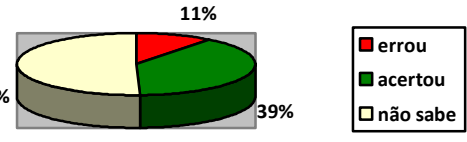
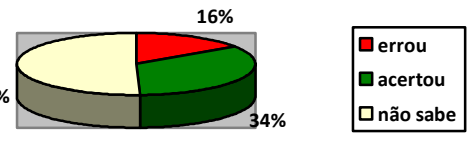
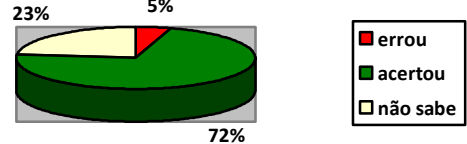
Tabela 5: Resultados obtidos no Questionário 3 sobre conhecimentos de PHDA

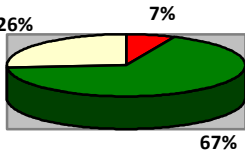
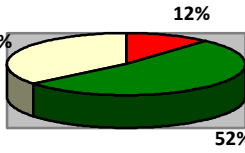
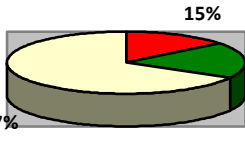
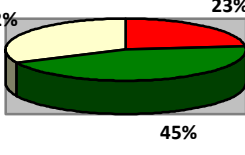
Item	Solução	Resultados obtidos						
<p>1: A maioria dos estudos epidemiológicos refere que a PHDA ocorre aproximadamente em 15% das crianças em idade escolar.</p>	F	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr><td>■</td><td>errou</td></tr> <tr><td>■</td><td>acertou</td></tr> <tr><td>■</td><td>não sabe</td></tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>2: A investigação atual sugere que a PHDA é genericamente o resultado de estilos parentais ineficazes.</p>	F	 <table border="1" data-bbox="1225 891 1342 996"> <tr><td>■</td><td>errou</td></tr> <tr><td>■</td><td>acertou</td></tr> <tr><td>■</td><td>não sabe</td></tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>3: As crianças com PHDA distraem-se frequentemente com estímulos externos.</p>	V	 <table border="1" data-bbox="1225 1323 1342 1429"> <tr><td>■</td><td>errou</td></tr> <tr><td>■</td><td>acertou</td></tr> <tr><td>■</td><td>não sabe</td></tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>4: As crianças com PHDA são tipicamente mais colaborantes com os seus pais do que com as suas mães.</p>	V	 <table border="1" data-bbox="1289 1720 1378 1803"> <tr><td>■</td><td>errou</td></tr> <tr><td>■</td><td>não sabe</td></tr> <tr><td>■</td><td>acertou</td></tr> </table>	■	errou	■	não sabe	■	acertou
■	errou							
■	não sabe							
■	acertou							

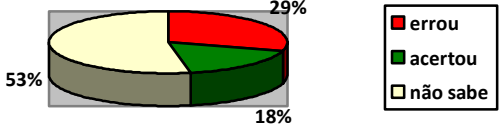
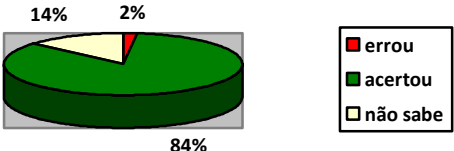
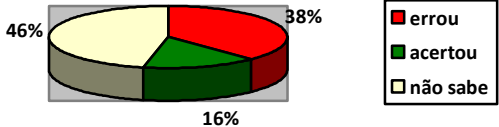
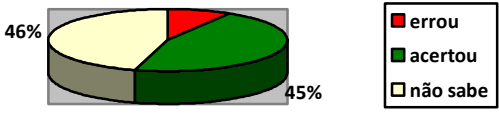
Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>5: De forma a diagnosticar uma PHDA, os sintomas devem existir na vida da criança antes dos 7 anos de idade.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>6: A PHDA é mais frequente em parentes biológicos 1º grau (ex: mãe, pai).</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 920 1342 1032"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>7: Um dos sintomas da PHDA é “ser cruel fisicamente para outras pessoas”.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1346 1342 1458"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>8: A medicação anti depressiva é utilizada com eficácia na redução de sintomas de PHDA em muitas crianças.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1771 1342 1883"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

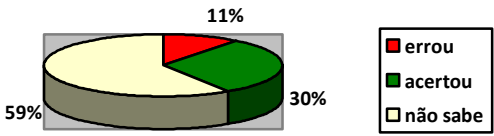
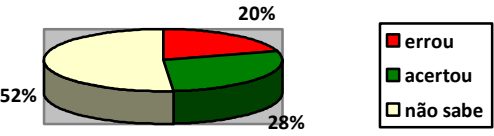
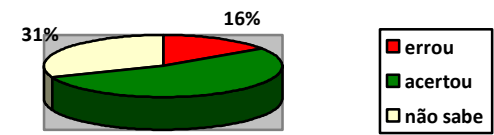
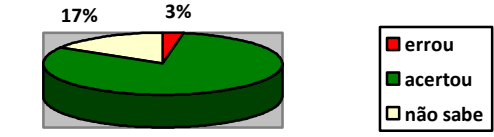
Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>9: As crianças com PHDA são irrequietas, por norma, quando sentadas no seu lugar.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>10: O treino parental e a intervenção do professor são geralmente eficazes quando combinadas com a medicação específica.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 925 1342 1030"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>11. É comum que as crianças com PHDA apresentem uma autoestima sobrevalorizada e com mania de grandiosidade.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1359 1342 1464"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>12. É raro existir uma recaída quando termina o tratamento de uma criança com PHDA, ao nível dos sintomas.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1785 1342 1890"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

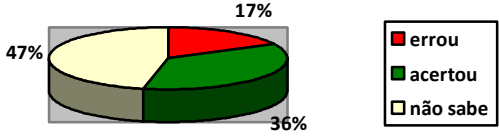
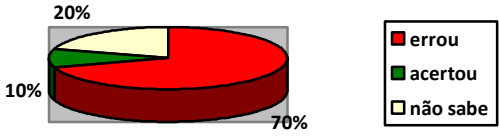
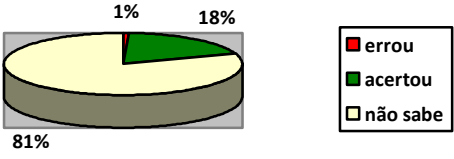
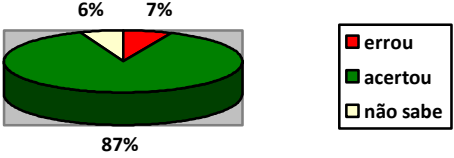
Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>13. É possível diagnosticar a PHDA no adulto.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>14: Frequentemente, as crianças com PHDA têm uma história pessoal de roubar e destruir objetos dos outros.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 927 1342 1032"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>15: Os efeitos secundários da administração de medicamentos para a PHDA pode incluir uma ligeira insónia e perda de apetite.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1359 1342 1464"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>16: O conhecimento atual da PHDA, sugere dois grupos de sintomas: um da desatenção e outro da hiperatividade/impulsividade.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1778 1342 1883"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

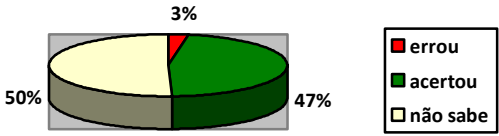
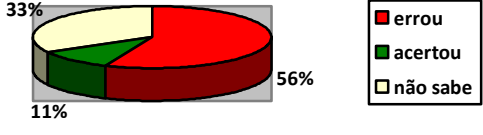
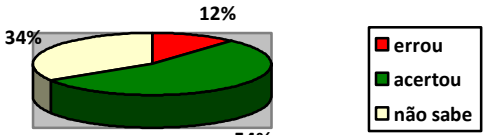
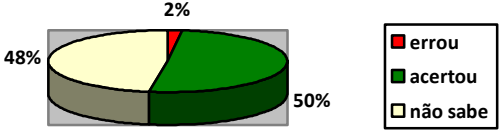
Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>17: Sintomas de depressão são mais frequentemente detetados em crianças com PHDA do que em crianças sem PHDA.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>18: A psicoterapia individual é geralmente suficiente para a intervenção com crianças com PHDA.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 927 1342 1032"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>19: Na maioria das crianças com PHDA, os sintomas desaparecem na adolescência e subsequencialmente passa a existir um funcionamento adequado na idade adulta.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1359 1342 1464"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>20: Se a medicação específica for prescrita, intervenções a nível educacionais passam a ser desnecessárias.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1778 1342 1883"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

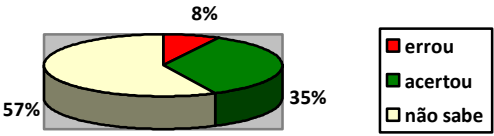
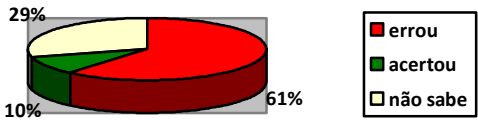
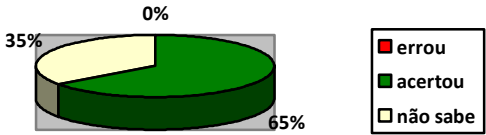
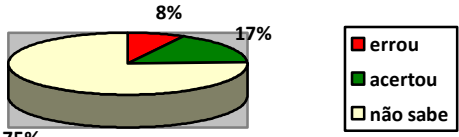
Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>21: Para um diagnóstico de PHDA a criança deve exibir sintomas em mais do que um contexto de vida (por ex: casa e escola)</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■ erro</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>■ acertou</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>■ não sabe</td> <td>26%</td> </tr> </table>	■ erro	7%	■ acertou	67%	■ não sabe	26%
■ erro	7%							
■ acertou	67%							
■ não sabe	26%							
<p>22: Se a criança com PHDA conseguir manter a atenção em jogos de vídeo ou em programas de televisão por mais do que uma hora, então também será capaz de manter a atenção por pelo menos uma hora na sala de aula ou durante os T.P.C.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 927 1342 1032"> <tr> <td>■ erro</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>■ acertou</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>■ não sabe</td> <td>36%</td> </tr> </table>	■ erro	12%	■ acertou	52%	■ não sabe	36%
■ erro	12%							
■ acertou	52%							
■ não sabe	36%							
<p>23: Reduzir o consumo de açúcar e de aditivos alimentares é uma forma eficaz na redução de sintomas de PHDA.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1375 1342 1480"> <tr> <td>■ erro</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>■ acertou</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>■ não sabe</td> <td>67%</td> </tr> </table>	■ erro	15%	■ acertou	18%	■ não sabe	67%
■ erro	15%							
■ acertou	18%							
■ não sabe	67%							
<p>24: O diagnóstico de PHDA, por si só, é suficiente para a colocação da criança sob medidas de ensino especial.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1778 1342 1883"> <tr> <td>■ erro</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>■ acertou</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>■ não sabe</td> <td>32%</td> </tr> </table>	■ erro	23%	■ acertou	45%	■ não sabe	32%
■ erro	23%							
■ acertou	45%							
■ não sabe	32%							

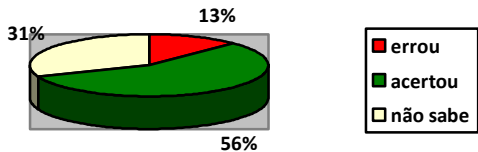
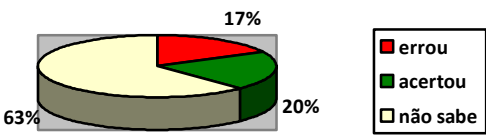
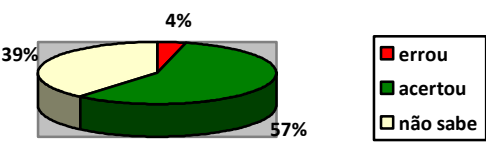
Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>25: Os remédios estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção na PHDA.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>erro</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>53%</td> </tr> </table>	erro	29%	acertou	18%	não sabe	53%
erro	29%							
acertou	18%							
não sabe	53%							
<p>26: As crianças com PHDA apresentam com frequência dificuldade em organizar as suas tarefas e atividades.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 927 1342 1032"> <tr> <td>erro</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>84%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>14%</td> </tr> </table>	erro	2%	acertou	84%	não sabe	14%
erro	2%							
acertou	84%							
não sabe	14%							
<p>27: As crianças com PHDA apresentam mais problemas em situações novas (novidade) do que em situações familiares.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1364 1342 1469"> <tr> <td>erro</td> <td>38%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>46%</td> </tr> </table>	erro	38%	acertou	16%	não sabe	46%
erro	38%							
acertou	16%							
não sabe	46%							
<p>28: Existem traços físicos específicos, que podem ser identificados pelo médico (por exemplo o pediatra) para o diagnóstico definitivo de PHDA.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1783 1342 1888"> <tr> <td>erro</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>46%</td> </tr> </table>	erro	9%	acertou	45%	não sabe	46%
erro	9%							
acertou	45%							
não sabe	46%							

Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>29: Em crianças de idade escolar a prevalência do diagnóstico de PHDA é semelhante no sexo masculino e feminino.</p>	F	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>30: Em crianças muito pequenas (abaixo dos 4 anos), os problemas comportamentais da PHDA (excesso atividade motora, desatenção) são claramente distintos daqueles existentes em crianças, da mesma idade e sem PHDA.</p>	F	 <table border="1" data-bbox="1225 931 1342 1037"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>31: As crianças com PHDA (em comparação com crianças sem PHDA) são mais facilmente identificadas em situação de sala de aula do que em situação de jogo livre.</p>	V	 <table border="1" data-bbox="1225 1357 1342 1462"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>32: A maioria das crianças com PHDA apresenta algum tipo de dificuldade de prestação académica durante a idade escolar.</p>	V	 <table border="1" data-bbox="1225 1783 1342 1888"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

Item	Solução	Resultados obtidos						
<p>33: Os sintomas de PHDA são também frequentemente observados em crianças sem PHDA provenientes de ambientes familiares caóticos e pouco adequados.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>erro</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>36%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>47%</td> </tr> </table>	erro	17%	acertou	36%	não sabe	47%
erro	17%							
acertou	36%							
não sabe	47%							
<p>34: As intervenções Comportamentais/ Psicológicas para as crianças com PHDA, têm como principal objetivo a melhoria da atenção/concentração.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 927 1342 1032"> <tr> <td>erro</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>20%</td> </tr> </table>	erro	70%	acertou	10%	não sabe	20%
erro	70%							
acertou	10%							
não sabe	20%							
<p>35: A terapia electroconvulsiva (tratamento por choques elétricos) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1352 1342 1458"> <tr> <td>erro</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>81%</td> </tr> </table>	erro	1%	acertou	18%	não sabe	81%
erro	1%							
acertou	18%							
não sabe	81%							
<p>36: Crianças com PHDA têm como características a impulsividade e falta de atenção.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1778 1342 1883"> <tr> <td>erro</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>7%</td> </tr> </table>	erro	6%	acertou	87%	não sabe	7%
erro	6%							
acertou	87%							
não sabe	7%							

Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>37: PHDA é causada por excesso de açúcar na alimentação.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>38: Uma criança que não é hiperativa, mas tem dificuldades em manter a atenção, tem PHDA.</p>	<p>V</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 925 1342 1030"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>39: Todas as crianças com PHDA são hiperativas.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1359 1342 1464"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>40: Existem subtipos de PHDA.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1783 1342 1888"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

Item	Solu- ção	Resultados obtidos						
<p>41: PHDA é frequentemente causado por aditivos alimentares.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 495 1342 600"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>42: Uma criança com PHDA necessita sempre de um ambiente calmo para se concentrar.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 920 1342 1025"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>43: Crianças com PHDA são geralmente provenientes de famílias monoparentais.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1357 1342 1462"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							
<p>44: As dietas não beneficiam o tratamento de crianças com PHDA.</p>	<p>F</p>	 <table border="1" data-bbox="1225 1783 1342 1888"> <tr> <td>■</td> <td>errou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>acertou</td> </tr> <tr> <td>■</td> <td>não sabe</td> </tr> </table>	■	errou	■	acertou	■	não sabe
■	errou							
■	acertou							
■	não sabe							

Item	Solu- ção	Resultados obtidos								
45: A medicação é uma cura para o PHDA.	F	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>errou</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>31%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado	Porcentagem	errou	13%	acertou	56%	não sabe	31%
Resultado	Porcentagem									
errou	13%									
acertou	56%									
não sabe	31%									
46: A causa da PHDA é desconhecida.	V	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>errou</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>63%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado	Porcentagem	errou	17%	acertou	20%	não sabe	63%
Resultado	Porcentagem									
errou	17%									
acertou	20%									
não sabe	63%									
47: Se uma criança consegue jogar <i>Nintendo</i> por muitas horas, então é provável não ter PHDA.	F	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>errou</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>acertou</td> <td>57%</td> </tr> <tr> <td>não sabe</td> <td>39%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado	Porcentagem	errou	4%	acertou	57%	não sabe	39%
Resultado	Porcentagem									
errou	4%									
acertou	57%									
não sabe	39%									

Nota 1: De forma a compreender a veracidade ou falsidade de cada item deverá ser consultado o Anexo G.

O item que maior número de professores “não sabia” foi o número 35 (81%) - “A terapia electroconvulsiva (tratamento por choques elétricos) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA”. No que diz respeito ao item que mais professores acertaram, verificou-se que foi o 3 (94%) - “As crianças com PHDA distraem-

se frequentemente com estímulos externos”. Os doze itens que obtiveram maior número de respostas certas estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6: Doze itens que obtiveram maior número de respostas certas

Item	% de professores que acertaram
3: As crianças com PHDA distraem-se frequentemente com estímulos externos.	94
36: Crianças com PHDA têm como características a impulsividade e falta de atenção.	87
10: O treino parental e a intervenção do professor são geralmente eficazes quando combinadas com a medicação específica.	85
9 : As crianças com PHDA são irrequietas, por norma, quando sentadas no seu lugar.	85
26: As crianças com PHDA apresentam com frequência dificuldade em organizar as suas tarefas e atividades.	84
32: A maioria das crianças com PHDA apresenta algum tipo de dificuldade de prestação académica durante a idade escolar.	80
20: Se a medicação específica for prescrita, intervenções a nível educacionais passam a ser desnecessárias.	72
21: Para um diagnóstico de PHDA a criança deve exibir sintomas em mais do que um contexto de vida (por ex: casa e escola).	67
16: O conhecimento atual da PHDA, sugere dois grupos de sintomas: um da desatenção e outro da hiperatividade/impulsividade.	67
43: Crianças com PHDA são geralmente provenientes de famílias monoparentais.	65
47: Se uma criança consegue jogar <i>Nintendo</i> por muitas horas, então é provável não ter PHDA.	57
39: Todas as crianças com PHDA são hiperativas.	54

O item que mais professores erraram (26%) ou que não sabiam (74%) foi o 4, “As crianças com PHDA são tipicamente mais colaborantes com os seus pais do que com as

suas mães” (ou seja, 100% não acertou). Podemos observar a Tabela 7 com os doze itens que obtiveram maior número de respostas classificadas como “erradas” ou que “não sabiam”.

Tabela 7: Doze itens que obtiveram maior número de respostas “erradas” ou que “não sabiam”

Item	% de professores que erraram ou que não sabiam
4: As crianças com PHDA são tipicamente mais colaborantes com os seus pais do que com as suas mães.	100
1: A maioria dos estudos epidemiológicos refere que a PHDA ocorre aproximadamente em 15% das crianças em idade escolar.	96
7: Um dos sintomas da PHDA é “ser cruel fisicamente para outras pessoas”.	93
42: Uma criança com PHDA necessita sempre de um ambiente calmo para se concentrar.	90
34: As intervenções Comportamentais/Psicológicas para as crianças com PHDA, têm como principal objetivo a melhoria da desatenção.	90
38: Uma criança que não é hiperativa, mas tem dificuldades em manter a atenção, tem PHDA.	89
27: As crianças com PHDA apresentam mais problemas em situações novas (novidade) do que em situações familiares.	84
44: As dietas não beneficiam o tratamento de crianças com PHDA.	83
17: Sintomas de depressão são mais frequentemente detetados em crianças com PHDA do que em crianças sem PHDA.	83
25: Os remédios estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção na PHDA.	82
23: Reduzir o consumo de açúcar e de aditivos alimentares é uma forma eficaz na redução de sintomas de PHDA.	82
35: A terapia electroconvulsiva (tratamento por choques elétricos) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA.	82
46: A causa da PHDA é desconhecida.	80

Os itens com maior número de concepções erradas são apresentados na Tabela 8. Cerca de 70% dos professores pensam que não possível melhorar a atenção/concentração através de Intervenções Comportamentais e Psicológicas e 61,2% dos professores acredita, erradamente, que uma criança com PHDA necessita sempre de um ambiente calmo para se concentrar.

Tabela 8: Itens que obtiveram maior número de respostas erradas

Item	% de respostas erradas por pergunta
34: As intervenções Comportamentais/Psicológicas para as crianças com PHDA, têm como principal objetivo a melhoria da atenção/concentração.	69,9
42: Uma criança com PHDA necessita sempre de um ambiente calmo para se concentrar.	61,2
38: Uma criança que não é hiperativa, mas tem dificuldades em manter a atenção, tem PHDA.	56,3
27: As crianças com PHDA apresentam mais problemas em situações novas (novidade) do que em situações familiares.	37,9
25: Os remédios estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção na PHDA.	29,1

O Questionário 3 contém 47 itens que abordam a PHDA. Segundo o estudo de Sciutto et al. (2000) estes itens pertencem a três áreas específicas da perturbação: Sintomas/Diagnóstico; Intervenção e Características Associadas. Através da análise da distribuição dos itens realizada por Sciutto et al. (2000) e da opinião de três especialistas (professores de Educação Especial) agrupou-se os itens dessa escala em torno das respetivas áreas específicas (Tabela 9). Cada especialista colocou cada item em uma das três áreas específicas, perante a descrição de cada uma delas. Aqueles que não obtiveram consenso total, foram posteriormente discutidos em grupo para que esse consenso fosse atingido. Optou-se por este procedimento devido à escala utilizada ter sofrido alterações consideráveis de forma a adaptar os itens ao contexto português.

Para analisar os resultados por tema calculou-se os valores médios dos conhecimentos de cada um dos itens, de forma a calcular posteriormente a média dos resultados por temática. Os resultados encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9: Resultados do nível do conhecimento dos professores por item e por tema

Itens relacionados com o conhecimento sobre Diagnóstico/Sintomas (valores médios)																		
Item nº:	3	5	7	9	11	14	16	17	19	21	24	26	28	30	32	36	38	39
Nível de conhecimentos por item (%)	94,2	34,0	55,3	85,4	47,6	49,5	67,0	17,5	34,0	67,0	44,7	84,5	45,6	28,2	80,6	88,6	10,7	54,4
Nível de conhecimentos por tema (%)	54,9																	
F(2, 100)=13,29; P=0,00*																		
Itens relacionadas com o conhecimento da Intervenção - tratamento/estratégias (valores médios)																		
Item nº:	2	8	10	12	15	18	20	23	25	34	35	44	45					
Nível de conhecimentos por item (%)	48,5	29	85	41	50	38,8	71,8	19	18	9,7	18,5	16,5	56					
Nível de conhecimentos por tema (%)	38,5																	
F(2, 100)=8,52; P=0,00*																		
Itens relacionados com as Características Associadas (valores médios)																		
Item nº:	1	4	6	13	22	27	29	31	33	37	40	41	42	43	46	47		
Nível de conhecimentos por item (%)	3,9	0,0	16,5	41,8	52,4	15,5	30,1	53,4	35,9	46,6	50,5	35,0	9,7	65,1	20,4	57,3		
Nível de conhecimentos por tema (%)	33,0																	
F(2, 100)=8,13; P=0,00*																		

OBS: *P<0,05

Aplicando o teste estatístico *One-way* ANOVA verifica-se que as diferenças do nível de conhecimento em função das respetivas áreas específicas são significativas (o nível de significância é superior a 95%). A área do conhecimento sobre PHDA que os professores/educadores obtiveram melhores resultados foi Diagnóstico/Sintomas (54,9%), seguido da Intervenção (Tratamento/Estratégias) (38,5%), ficando as Características Associadas como o tema que os professores obtiveram piores níveis de conhecimento (33,0%).

Relativamente ao Questionário 4 onde se começa por apresentar o caso específico de um aluno com PHDA, 51,5% dos participantes souberam identificar corretamente o caso, 1,9% considerou erradamente que não se tratava de uma caso de PHDA e 37,9 % não sabe se se trata de um caso desta perturbação. A estratégia mais escolhida para aplicar neste tipo de aluno foi a 16 - “Dar instruções claras e simples”. Houve 82,5% de

professores que escolheram esta estratégia como adequada, seguida da estratégia 29 - “Mostrar cuidado, carinho e atenção para com a criança” – com 68,4% de participantes a elegê-la. A estratégia que não foi escolhida por qualquer professor foi a 30 – “Não tomo atitudes, pois a criança não tem qualquer necessidade e não está a fazer nada de mal”, seguida da estratégia 6 – “Ignorar o comportamento inapropriado” (2,9%). Na Tabela 10 pode observar-se o universo de professores que escolheram as respetivas estratégias.

Tabela 10: Estratégias escolhidas pelos professores no Questionário 4

Estratégia	% de professores que escolheram a estratégia
1: Dizer à criança que o seu comportamento é inapropriado – em frente à classe	6,8 (N=7)
2: Dizer à criança que o seu comportamento é inapropriado – em privado	63,1 (N=65)
3: Manter a criança na sala de aula durante os recreios a terminar as suas tarefas	5,8 (N=6)
4: Retirar à crianças alguns privilégios como tempo livre para brincar e saídas/excursões da turma	6,8 (N=7)
5: Providenciar trabalho extra	13,6 (N=14)
6: Ignorar o comportamento inapropriado	2,9 (N=3)
7: Colocar a criança numa área específica por tempo determinado	16,5 (N=17)
8: Retirar a criança da sala de aula por comportamento inapropriado	4,9 (N=5)
9: Chamar os pais à escola	64,1 (N=66)
10: Utilizar um sistema de reforços – dar reforços por comportamento apropriados e retirar privilégios por comportamentos inapropriados	58,3 (N=60)
11: Reforçar a criança pelo comportamento adequado (por exemplo: tempo livre)	62,1 (N=64)
12: Elogiar a criança verbalmente – em frente à classe	67,0 (N=69)
13: Elogiar a criança verbalmente – em privado	26,2 (N=27)
14: Organizar a sala de forma a minimizar os estímulos que o distraem	68,0 (N=70)
15: Utilizar as regras de sala de aula	51,5 (N=53)
16: Dar instruções claras e simples	82,5 (N=85)
17: Escrever as instruções no quadro	28,2 (N=29)
18: Permitir a criança fazer pausas frequentes durante as tarefas	48,5 (N=50)

Estratégia	% de professores que escolheram a estratégia
19: Diminuir o grau de dificuldade das tarefas académicas, se necessário	17,5 (N=18)
20: Aumentar o grau de atratividade das tarefas académicas (cores, tipo de letra)	32,0 (N=33)
21: Trabalhar de um para um com a criança	26,2 (N=27)
22: Encontrar uma criança com competência para ajudar esta a terminar as suas tarefas	35,0 (N=36)
23: Pedir a esta criança que ajude os colegas com menos competências, nas suas tarefas	33,0 (N=34)
24: Organizar atividades com a criança para aumentar a sua autoestima	59,2 (N=61)
25: Ensinar a criança tendo em conta o seu estilo de aprendizagem	40,8 (N=42)
26: Promover o ensino autodirigido	12,6 (N=13)
27: Providenciar aconselhamento	42,7 (N=44)
28: Ensinar à criança comportamento adequados e permitir que esta os treine	47,6 (N=49)
29: Mostrar cuidado, carinho e atenção para com a criança	68,9 (N=71)
30: Não tomo atitudes, pois a criança não tem qualquer necessidade e não está a fazer nada de mal	0,0 (N=0)

Decidiu-se distribuir as estratégias apresentadas pelos respetivos tipos: Reforço; Consequências Graves; Ignorar-Planeado; Organização da Sala e Currículo; e Suporte Emocional. Estes foram igualmente apresentados e analisados no estudo de Kos (2004). O Reforço é uma estratégia baseada no elogio, no reforço material em função da criança ter exibido um comportamento adequado. O seu objetivo é o aumento dos comportamentos desejados/apropriados. A Consequência Grave (negativa) é uma estratégia que inclui, por exemplo, reprimendas, remoção de privilégios (como excursões ou tempo livre), tendo como objetivo a redução de comportamentos inapropriados/indesejados. Ignorar de Forma Planeada é uma estratégia baseada num conjunto de técnicas que conduzem ao não atendimento de determinados comportamentos. Desta forma não é nem um reforço, nem uma consequência negativa. Organizar a Sala de Aula e Currículo é uma estratégia que obriga o professor a ter em conta o fator curricular e o tipo de alunos de forma a prevenir comportamentos desadequados e expectáveis da criança. As Estratégias de Suporte Emocional incluem técnicas de aconselhamento, atividades para a melhoria da autoestima, privilegiando, dessa forma, a criança hiperativa de maiores cuidados e atenção.

Com a ajuda de 3 especialistas, obteve-se a distribuição apresentada na Tabela 11. Cada item foi colocado pelos especialistas num dos cinco tipos de estratégias, dado a descrição de cada uma delas. Aqueles que não obtiveram consenso total, foram posteriormente discutidos em grupo para que esse consenso fosse atingido. Optou-se por este procedimento devido à escala utilizada ter sofrido alterações consideráveis de forma a adaptar os itens ao contexto português.

Na Tabela 11 pode-se observar a percentagem do número de pessoas que escolheu cada uma das estratégias e o número médio de professores que escolheram determinado tipo de estratégia.

Tabela 11: Percentagem de professores que escolheram cada estratégia e tipo de estratégia

Estratégias de Reforço													
Estratégia nº:	10	11	12	13									
% de professores que escolheram a estratégia nº:	58,3	62,1	67,0	26,2									
Média de professores que escolheram este tipo de estratégia (%)	53,4												
Estratégias Utilizando Consequências Graves													
Estratégia nº:	1	2	3	4	5	8	9						
% de professores que escolheram a estratégia nº:	5,8	63,1	5,8	6,8	13,6	4,9	64,1						
Média de professores que escolheram este tipo de estratégia (%)	23,4												
Estratégias de Ignorar-Planeado													
Estratégia nº:	6	7											
% de professores que escolheram a estratégia nº:	2,9	16,5											
Média de professores que escolheram este tipo de estratégia (%)	9,71												
Estratégias de Organização de Sala de Aula e Currículo													
Estratégia nº:	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	
% de professores que escolheram a estratégia nº:	68,0	51,5	82,5	28,2	28,5	30,1	32,0	26,2	35,0	33,0	40,8	12,6	
Média de professores que escolheram este tipo de estratégia (%)	40,7												
Estratégias de Suporte Emocional													
Estratégia nº:	24	27	28	29									
% de professores que escolheram a estratégia nº:	59,2	43	48	69									
Média de professores que escolheram este tipo de estratégia (%)	54,6												

Pode-se constatar que os professores preferem as Estratégias de Suporte Emocional (54,6%), seguido de Estratégias de Reforço (53,4%). A estratégia menos utilizada pelos participantes é a do tipo Ignorar-Planeado (9,7%).

Passemos agora à análise das hipóteses direcionais colocadas nesta investigação para esta amostra (A):

Em ambos os testes estatísticos, *One way – ANOVA* e *T-STUDENT*, considerou-se as diferenças como significativas para níveis de significância iguais ou superiores a 95%.

Na hipótese 1, “os professores com mais formação na área têm mais conhecimento sobre PHDA”, para analisar a relação entre conhecimento e formação, decidiu-se fazer um teste de diferença de médias através do teste estatístico *T-STUDENT*. Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12: Resultados do teste *T-STUDENT* relativamente às diferenças do conhecimento sobre PHDA em função da formação realizada durante o período académico e após este período.

Formação durante o período académico	N	Conhecimentos da PHDA – valores médios (%)	DP	t.
Professores com formação durante o período académico	23	51,3	21,1	$t_{(101)} = 2,60;$ $p = 0,01 *$
Professores sem formação durante o período académico	80	40,6	16,3	
Formação pós período académico	N	Conhecimentos da PHDA – valores médios (%)	DP	t.
Professores com formação pós período académico	25	62,0	8,8	$t_{(101)} = 7,55;$ $p = 0,02 *$
Professores sem formação pós período académico	78	36,9	15,8	

OBS: * $p < 0,05$

Através dos resultados obtidos na Tabela 12 constata-se que:

- Existem diferenças significativas nos valores médios do conhecimento dos professores, acerca da PHDA, em função de terem ou não realizado formação no período académico, sendo que os professores que realizaram formação de PHDA durante o período académico têm um maior nível de conhecimento (51,3%) do que os professores que não receberam formação (40,6%) (Figura 10).

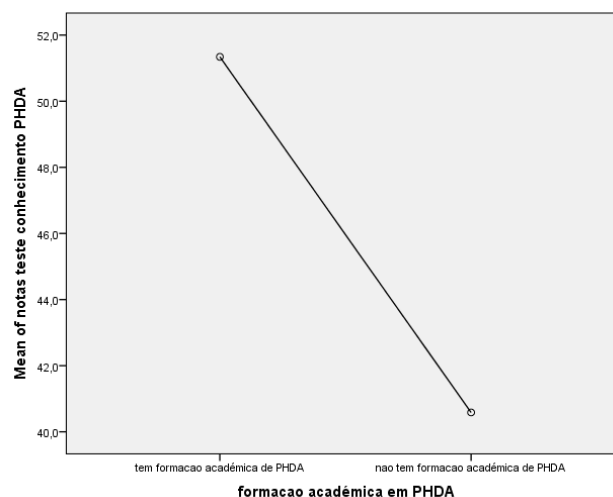


Figura 10: Nível de conhecimento dos professores com ou sem formação em PHDA durante o período académico.

- Relativamente aos professores com formação após o período académico as constatações são semelhantes: existem diferenças significativas nos valores médios do conhecimento dos professores, acerca da PHDA, em função de terem ou não realizado formação pós período académico, isto é, os professores com formação em PHDA, pós período académico, têm um nível de conhecimento superior (62,0%) aos professores que não realizaram formação durante esse período (36,9%) (Figura 11).

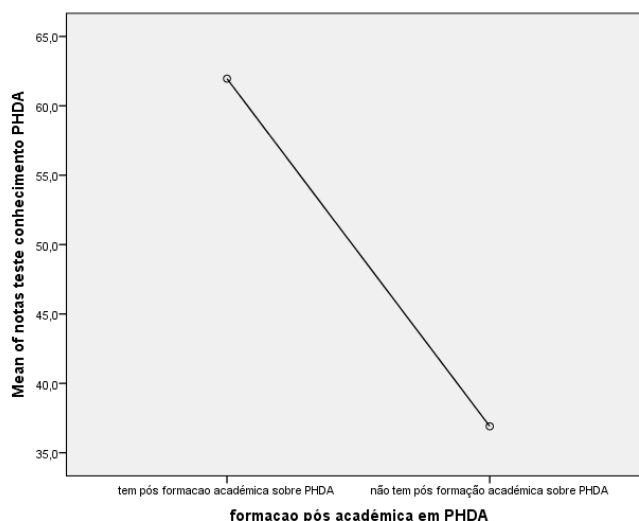


Figura 11: Nível de conhecimento dos professores com ou sem formação em PHDA pós período académico.

Os resultados obtidos sugerem que a hipótese 1 se verifica e portanto, quanto maior é a formação realizada por parte dos professores na área do PHDA, maior é o conhecimento acerca da mesma.

Verificou-se ainda que o nível do conhecimento dos professores com formação em PHDA (realizada durante ou após a formação académica) é de 54,9%, enquanto que os professores que nunca realizaram qualquer formação apresentaram um nível de conhecimento de 37,1%.

Para testar a hipótese 2, “os professores com mais tempo de serviço têm mais conhecimento sobre PHDA”, utilizou-se o teste estatístico *One way-ANOVA*, cujos resultados estão apresentados na Tabela 13. Para aplicar este teste foi necessário categorizar a variável do tempo de serviço em três classes (categorias): i) [0,10]- referente aos professores com tempo de serviço reduzido; ii) [11,20] – professores com experiência letiva considerável; iii) [21-40] – professores com elevado tempo de serviço.

Tabela 13: Resultados do teste *One way-ANOVA* relativamente às diferenças do conhecimento dos professores em função do tempo de serviço

Classe nº	Intervalo do tempo de serviço	N	Conhecimentos da PHDA – valores médios (%)	DP	% de professores que realizaram formação sobre PHDA	<i>One way-ANOVA</i>
1	[0-10]	16	41,2	4,2	25,0 (N=4)	F(2, 100)= 1,21; P=0,30 (n.s)
2	[11-20]	40	46,4	3,0	47,5 (N=19)	
3	[21-40]	47	40,7	2,6	27,6 (N=13)	

Através da análise da Tabela 13 verifica-se que não há diferenças significativas do nível de conhecimento dos professores acerca da PHDA em função do tempo de serviço. No entanto, apesar das diferenças não serem significativas, podemos observar que os professores incluídos na classe 2, com 11 a 20 anos de serviço, apresentam o nível de conhecimento sobre PHDA mais elevado, assim como a maior percentagem de professores que realizaram formação sobre a perturbação (Figura 12).

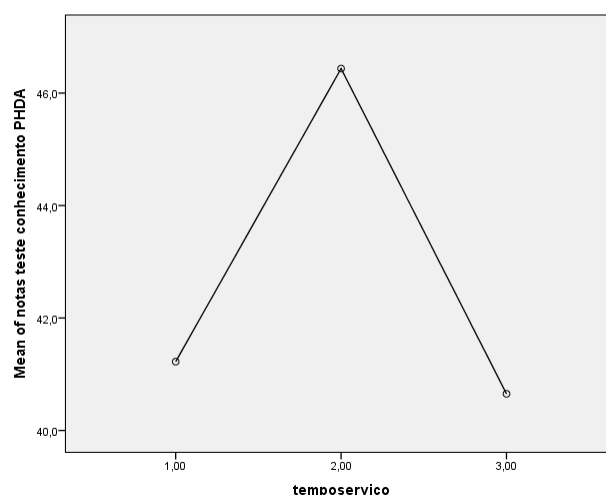


Figura 12: Diferenças do nível de conhecimento da PHDA em função do tempo de serviço dos professores

Portanto a hipótese 2 não se verifica, isto é o tempo de serviço (experiência letiva) não está relacionado com o conhecimento sobre a PHDA.

Na hipótese 3, “os professores que tiveram mais experiência com alunos com PHDA têm mais conhecimento sobre a mesma”, tentou-se analisar se o facto da experiência com alunos com PHDA proporcionaria maiores conhecimentos sobre a perturbação. Para isso utilizou-se o teste estatístico *One way - ANOVA* cujos resultados se encontram na Tabela 14. Para aplicar este teste foi necessário categorizar a variável do número de alunos com PHDA (que os professores tiveram ao longo da sua experiência letiva) em quatro classes (categorias): [0,5]; [6,10]; [11-15] e [16,30], considerando nesta última classe os professores que tiveram um elevado número de alunos com PHDA.

Tabela 14: Resultados do teste ANOVA relativamente às diferenças do conhecimento em função do número de alunos com PHDA que os professores lecionam

Classe nº	Nº de alunos com PHDA	N	Conhecimentos da PHDA – valores médios (%)	DP	% de professores com alguma formação sobre PHDA no respetivo intervalo	<i>One way - ANOVA</i>
1	[0-5]	43	38,6	17,0	23,8 (N=10)	F(3, 99)= 2,15; p=0,09 (n.s)
2	[6-10]	26	44,9	20,3	42,3 (N=11)	

Classe nº	Nº de alunos com PHDA	N	Conhecimentos da PHDA – valores médios (%)	DP	% de professores com alguma formação sobre PHDA no respetivo intervalo	One way - ANOVA
3	[11-15]	13	52,0	16,1	61,5 (N=8)	F(3, 99)= 2,15; p=0,09 (n.s)
4	[16-30]	21	44,0	16,3	33,3 (N=7)	

Os resultados apresentados na Tabela 14 sugerem que não há diferenças significativas do nível de conhecimento dos professores acerca da PHDA em função do número de alunos com PHDA. No entanto podemos observar que os professores que se incluem na classe 3 (11 a 15 alunos) apresentam o maior nível de conhecimento sobre a PHDA. Observa-se igualmente que, apesar das diferenças não serem significativas, os professores com menor número de alunos com PHDA (classe 1) têm o menor nível de conhecimento e a menor percentagem de formação realizada no âmbito da perturbação. Este conhecimento tem tendência a aumentar, mas na classe com maior número de alunos com PHDA (de 16 a 30 alunos) há um decréscimo desse mesmo conhecimento (Figura 13).

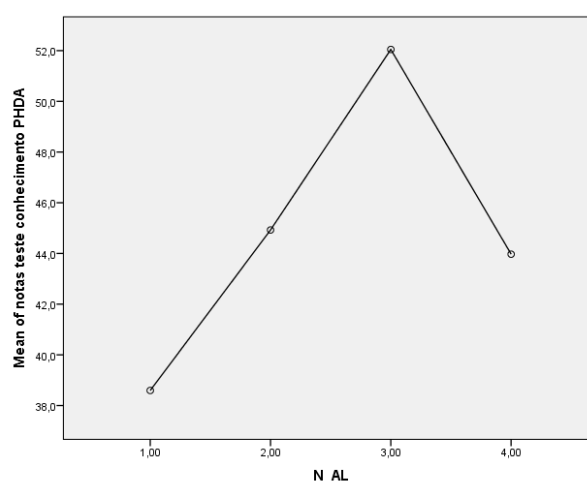


Figura 13: Diferenças do nível de conhecimento dos professores em função do número de alunos com PHDA que os professores já lecionaram

Portanto a hipótese 3 não se verifica, isto é, a experiência com alunos com PHDA não está relacionada com o conhecimento sobre os mesmos.

4.3.2 Amostra B

Relativamente ao Questionário 5 calculou-se a média e o desvio padrão para cada um dos 32 itens apresentados aos 122 professores (Tabela 15), assim como para os cinco últimos itens, aos quais só responderam 35 dos 52 professores que realizaram formação em PHDA. Quatro dos cento e vinte e dois professores não responderam aos itens 5.6 e 5.30. Dois professores não responderam aos itens 5.20, 5.26, 5.12, 5.11, 5.31 e 5.29. Três professores não responderam aos itens 5.21 e 5.15. Relativamente aos itens 5.23, 5.2, 5.13, 5.22, 5.7 e 5.32 houve sempre um professor que não respondeu.

Os itens apresentados na Tabela 15 encontram-se por ordem decrescente de concordância, isto é, em primeiro lugar encontram-se os itens com maior valor médio de concordância. Analisando esta tabela constata-se que a afirmação com maior nível de concordância é o item 32, seguido do item 1 e do item 7, mostrando que os professores acreditam no benefício da formação em PHDA como forma de melhorar a eficácia do trabalho realizado com este tipo de alunos e que percecionam a PHDA como um problema educacional válido e legítimo. O item com maior nível de discordância é o 19, seguido do 14 e do 9, sugerindo que na opinião dos professores, as crianças com PHDA não se comportam mal pelo facto de serem maldosas. Estas deveriam ser inseridas no ensino regular, não criando frustração aos professores que as ensinam. Finalmente os 3 itens que demonstraram menos consistência por parte dos professores (nível médio de concordância a menos de uma décima do nível 5) são:

- 24: “As crianças com PHDA são tão difíceis de gerir na sala de aula como outra qualquer”;
- 15: “O tempo extra que os professores dedicam às crianças com PHDA é sempre “à custa” do tempo dedicado aos estudantes sem PHDA”;
- 21: As crianças com PHDA poderiam fazer melhor se se esforçassem mais.

Tabela 15: Sentimentos, concepções, crenças e atitudes dos professores acerca das crianças com PHDA (Questionário 5)

Itens	M	DP
32: Considero que a formação poderá influenciar positivamente a eficiência do meu trabalho com alunos com PHDA	8,6	1,5
1: A PHDA é um diagnóstico válido.	7,5	2,1
7: A PHDA é um problema educacionalmente legítimo.	7,4	2,3
6: Medicamentos como o Rubifen® e Ritalina® deveriam ser utilizados como último recurso.	6,5	2,6
22: As crianças com PHDA têm pouco controlo na forma como se comportam.	6,1	2,0
29: A minha escola deve ter diretrizes que regulam a forma como lidar com crianças com PHDA na sala de aula.	6,1	2,6
31: A família influencia a forma como lido com crianças com PHDA.	5,4	2,8
3: A PHDA é diagnosticada de forma exagerada nas crianças.	5,4	2,4
24: As crianças com PHDA são tão difíceis de gerir na sala de aula como outra qualquer.	5,0	2,7
15: O tempo extra que os professores dedicam às crianças com PHDA é sempre “à custa” do tempo dedicado aos estudantes sem PHDA.	4,9	2,9
21: As crianças com PHDA poderiam fazer melhor se se esforçassem mais.	4,9	2,4
28: Sinto-me limitada, sem competências suficientes, para lidar com crianças com PHDA.	4,8	2,6
27: Tenho capacidade para lidar de forma eficaz com crianças com PHDA na sala de aula.	4,6	2,3
11: As crianças com PHDA devem ser ensinadas por professores de ensino especial.	4,6	2,9
12: Preferiria ensinar uma criança irrequieta do que uma desatenta.	4,4	2,3
4: A PHDA é uma perturbação comportamental que não deveria ser tratada com medicação.	4,1	2,6
8: Ter uma criança com uma PHDA na minha sala interferiria negativamente com o meu ensino.	3,9	2,4
13: A maioria das crianças com PHDA não perturba muito a sala de aula.	3,8	2,0
2: A PHDA é uma desculpa para o mau comportamento da criança.	3,4	2,6
16: Os outros estudantes não aprendem como deveriam por terem alunos com PHDA na mesma sala de aula.	3,4	2,5

Itens	M	DP
20: As crianças com PHDA não podem modificar o seu comportamento	3,4	2,6
17: Não podemos ter as mesmas expectativas de crianças com PHDA comparativamente com as restantes crianças (sem PHDA).	3,2	2,4
5: Todas as crianças com PHDA deveriam ser sujeitas a medicação.	3,0	2,4
23: As crianças com PHDA comportam-se mal porque não gostam de cumprir regras.	3,0	2,3
25: Gerir o comportamento de crianças com PHDA é fácil.	2,9	1,9
18: As crianças com PHDA poderiam controlar o seu comportamento se realmente o desejassem.	2,8	2,3
26: Tenho os instrumentos necessários(os) para lidar com crianças com PHDA na sala de aula.	2,7	2,3
10: As crianças pequenas com diagnóstico de PHDA devem ser educadas de forma mais permissiva do que as mais velhas.	2,3	2,5
9: Sentir-me-ia frustrado se tivesse que ensinar uma criança com PHDA	1,9	2,0
14: As crianças com PHDA não deveriam estar inseridas no ensino regular.	1,8	2,0
19: As crianças com PHDA comportam-se mal porque são maldosas.	1,0	1,2

A partir das 7 categorias conceptualizadas pelo autor do presente estudo (baseadas na investigação de Kos, 2004) foi pedido a três especialistas (professores de Educação Especial) que agrupassem os itens dessa escala em torno das dimensões (Tabela 16). Obteve-se assim, através de procedimentos qualitativos, um reagrupamento diferente daquele que Kos encontrou através de procedimentos quantitativos. Optou-se por este procedimento porque a escala utilizada sofreu alterações consideráveis para adaptar os itens ao contexto português. Para além disso, verificou-se que este tipo de metodologia (agrupar dimensões usando procedimentos qualitativos) é adotada por vários investigadores, entre eles Sciutto et al.(2000).

Para analisar os itens segundo as dimensões e verificar algumas hipóteses (4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10), houve necessidade de inverter a pontuação dos itens 5.2; 5.4; 5.9; 5.13; 5.18; 5.19; 5.21; 5.23; 5.24; 5.25 e 5.28. Deste modo a pontuação de cada item vai de encontro à ideia defendida em cada dimensão. Alguns itens não são claramente positivos ou negativos (por exemplo, “a PHDA é diagnosticada de forma exagerada nas crianças”), pelo que não pertencem a nenhuma das dimensões (itens 5.3; 5.12 e 5.32).

Para verificar desde a quarta à nona hipótese direcional realizou-se uma análise das diferenças de médias (teste T- *STUDENT*) entre o nível de concordância das dimensões, (resultantes do agrupamento qualitativo dos itens) e a formação dos professores em PHDA.

Através da Tabela 16 é possível verificar que a dimensão com maior nível de concordância é a dimensão 3, Validade do Diagnóstico, seguido da dimensão 1, Falta de Controlo. Estes resultados sugerem que os professores concordam que o diagnóstico da PHDA é válido e que as crianças com PHDA têm défice de controlo comportamental, tornando-se difícil aos professores controlar os comportamentos negativos. A dimensão com menos nível de concordância é a 6, Expetativas, permitindo verificar que os professores têm poucas expetativas acerca da PHDA e das crianças com essa perturbação.

Tabela 16: Nível de concordância de cada dimensão afeto aos professores que realizaram ou não formação académica em PHDA. Resultados do teste estatístico T-*STUDENT* (verificação da relação entre as atitudes e a formação)

Atitudes (Dimensões)	Itens	M	DP	Professores com formação académica em PHDA (N=21)		Professores sem formação académica em PHDA (N=101)		t.
				M	DP	M	DP	
1. Falta de Controlo	5.11; 5.24*; 5.18*; 5.23*; 5.21*; 5.19*; 5.25*; 5.14; 5.20	5,8	0,9	5,4	1,0	5,6	0,9	$T_{(120)} = -1,00$; $p = 0,315$
2. Efeitos Negativos	5.15; 5.16; 5.8; 5.13*	4,6	1,7	4,1	1,6	4,7	1,7	$T_{(120)} = -1,46$; $p = 0,14$
3. Validade do Diagnóstico	5.1; 5.2*; 5.7; 5.4*	6,8	1,5	6,8	1,6	6,9	1,5	$T_{(120)} = -0,27$; $p = 0,78$
4. Perceção da Autocompetência	5.27; 5.26; 5.28*; 5.9*	5,1	1,6	6,2	1,5	4,9	1,5	$T_{(120)} = 3,36$; $p = 0,00^{**}$
5. Influências na Gestão	5.31; 5.30; 5.29	5,2	1,9	4,9	2,3	5,3	1,8	$T_{(120)} = -0,86$; $p = 0,38$

Atitudes (Dimensões)	Itens	M	DP	Professores com formação académica em PHDA (N=21)		Professores sem formação académica em PHDA (N=101)		t.
				M	DP	M	DP	
6. Expetativas	5.17; 5.10; 5.6	4,0	1,6	4,3	1,9	3,9	1,5	$T_{(120)} = 0,85$; $p = 0,39$
7. Controlo Externo	5.5; 5.22	4.6	1,7	4,4	1,9	4,6	1,7	$T_{(120)} = -0,58$; $p = 0,55$

**OBS: $p < 0,05$; *Valores invertidos.

Pela Tabela 16 é possível verificar que apenas há diferenças significativas na quarta dimensão (Perceção da Autocompetência) em função da formação realizada, isto é, os professores com formação académica em PHDA têm mais perceção da sua auto competência, sentindo que têm uma maior capacidade e um maior número de instrumentos para lidarem eficazmente com a problemática da PHDA, do que os professores que não realizaram formação nesta área.

Vejamos agora qual o comportamento das dimensões relativamente aos professores com formação pós-académica através da Tabela 17.

Tabela 17: Nível de concordância de cada dimensão afeto aos professores que realizaram, ou não, a formação pós-académica em PHDA. Resultados do teste estatístico T-STUDENT (verificação da relação entre as atitudes e a formação pós académica em PHDA).

Atitudes (Dimensões)	Professores com formação pós-académica em PHDA (N=41)		Professores sem formação pós-académica em PHDA (N=81)		t.
	M	DP	M	DP	
1. Falta de Controlo	5,7	0,9	5,5	1,0	$T_{(120)} = 1,12$; $p = 0,26$
2. Efeitos Negativos	4,2	1,6	4,8	1,7	$T_{(120)} = -1.97$; $p = 0,05$

Atitudes (Dimensões)	Professores com formação pós- académica em PHDA (N=41)		Professores sem formação pós-académica em PHDA (N=81)		t.
	M	DP	M	DP	
3. Validade do Diagnóstico	7,0	1,6	6,8	1,5	$T_{(120)} = 0,75; p = 0,45$
4. Perceção da Autocompetência	5,6	1,6	4,9	1,6	$T_{(120)} = 2,45; p = 0,01^*$
5. Influências na Gestão	5,1	1,8	5,3	1,9	$T_{(120)} = -0,54; p = 0,58$
6. Expetativas	3,8	1,7	4,1	1,4	$T_{(120)} = -0,82; p = 0,41$
7. Controlo Externo	5,0	1,7	4,4	1,8	$T_{(120)} = 1,83; p = 0,06$

*OBS: $p < 0,05$

Através dos resultados apresentados na Tabela 17 e para um nível de significância superior a 95%, verificou-se que a Perceção da Autocompetência (dimensão 4) é a única dimensão que apresenta diferenças significativas em função da formação realizada pós período académico.

Na Tabela 18 são apresentados os resultados obtidos para o grupo de professores que realizaram formação em PHDA (independentemente de a mesma ter sido obtida durante os períodos de formação académica ou posterior) e o grupo que não realizou qualquer tipo de formação. Para avaliar este parâmetro foi necessário incluir uma nova variável operacionalizada em 2 categorias: i) Professores com algum tipo de formação em PHDA e ii) Professores sem formação em PHDA.

Tabela 18: Nível de concordância de cada dimensão afeto aos professores que realizaram, ou não, formação em PHDA. Resultados do teste estatístico T-STUDENT (Atitudes vs. Formação em PHDA).

Atitudes (Dimensões)	Professores com formação em PHDA (N=52)		Professores sem formação em PHDA (N=70)		t.
	M	DP	M	DP	
1. Falta de Controle	5,6	0,9	5,5	0,94	$T_{(120)} = 0,66; p = 0,51$
2. Efeitos Negativos	4,1	1,6	4,9	1,7	$T_{(120)} = -2,74; p = 0,00^*$
3. Validade do Diagnóstico	7,0	1,6	6,7	1,5	$T_{(120)} = 0,71; p = 0,47$
4. Percepção da Autocompetência	5,7	1,6	4,7	1,5	$T_{(120)} = 3,40; p = 0,00^*$
5. Influências na Gestão	5,1	1,9	5,2	1,9	$T_{(120)} = -0,32; p = 0,74$
6. Expetativas	4,0	1,6	4,0	1,5	$T_{(120)} = -0,30; p = 0,76$
7. Controle Externo	4,7	1,7	4,4	1,8	$T_{(120)} = 0,50; p = 0,61$

*OBS: $p < 0,05$

Através da Tabela 18 é possível verificar que há diferenças significativas (para um nível de significância superior a 95%) na dimensão 4 (Percepção da Autocompetência) e na dimensão 2 (Efeitos Negativos) em função da formação realizada em PHDA. Isto é, os professores com formação têm mais percepção da sua autocompetência e não permitem que os alunos com PHDA influenciem tão negativamente o ambiente da sala de aula, comparativamente ao ambiente vivenciado pelos professores sem formação. Portanto apenas a hipótese 4 e 6 foram verificadas.

Em função das estatísticas utilizadas (T-STUDENT) constatou-se ainda que os resultados obtidos não corroboraram as hipóteses 5, 7, 8, 9 e 10.

No decurso da investigação deparou-se com a seguinte questão: “Será que o tempo de serviço influencia as atitudes e crenças dos professores?”. Assim, afetou-se novamente

os diferentes anos de tempo de serviço, por 3 escalas estruturadas entre os valores [0-10], [11-20] e [21-40]. Através do teste *One way* – ANOVA (Tabela 19) constatou-se que existem diferenças significativas nas dimensões 2, 4 e 5 em função de algumas classes do tempo de serviço. A comparação à *post-hoc* das médias, mediante teste de *Scheffe*, indica-nos que essas diferenças, na dimensão 2, se verificaram nas classes 1 e 3, sendo que os professores com 0 a 10 anos de serviço (AS) sentem que os alunos com PHDA influenciam menos negativamente o ambiente da sala de aula do que os professores com 21 a 40 AS. Os professores com 0 a 10 AS sentem que têm mais competências e instrumentos para lidar eficazmente com a problemática em questão (Percepção de Autocompetência) do que os professores dos 21 aos 40 AS. Ainda nesta dimensão os professores com 11 a 20 AS têm maior Percepção de Autocompetência, achando-se mais capazes para lidar com a perturbação, do que os professores com 0 a 10 AS. Finalmente, na dimensão 5, cujas diferenças são significativas em função do tempo de serviço, verificou-se que a classe 1 (menos tempo de serviço) é mais influenciada por crenças da parte dos familiares e da comunidade da criança com PHDA, do que as classes com maior antiguidade (classe 2 e 3). Constatou-se ainda que os professores com 11 a 20 AS são menos influenciados por essas crenças do que os professores dos 21 aos 40 AS (Tabela 19).

Tabela 19: Teste estatístico *One way*- ANOVA e teste *Scheffe* (Atitudes vs. Tempo de serviço)

Atitudes (Dimensões)	<i>One way</i> - ANOVA	Obs.
D1	F(2, 119)= 0,18; p=0,83	
D2	F(2, 119)= 3,72; p=0,02*	Classe 1: [0-10] < Classe 3: [21-40]; *p<0,05
D3	F(2, 119)= 0,98; p=0,37	
D4	F(2, 119)= 7,47; p=0,00*	Classe 1: [0-10] > Classe 3: [21-40] Classe 2: [11-20] > Classe 1: [0-10]; *p<0,05
D5	F(2, 119)= 9,58; p=0,00*	Classe 1: [0-10] > Classe 2: [11-20] Classe 1: [0-10] > Classe 3: [21-40] Classe 2: [11-20] < Classe 3: [21-40] *p<0,05
D6	F(2, 119)= 1,18; p=0,31	
D7	F(2, 119)= 2,81; p=0,06	

Segundo a análise dos itens 5.33, 5.34, 5.35 e 5.36, aos quais só responderam os professores com formação durante ou após o percurso académico (N=52, mas 17 destes professores com formação não responderam a estas questões), verifica-se que esses concordam que a formação é uma mais valia no trabalho com alunos com PHDA e influencia a forma como se interage com este tipo de alunos. Os professores não estão certos que a formação permitiu obter ferramentas e competências suficientes e eficazes para o trabalho com alunos com PHDA (Tabela 20).

Tabela 20: Nível de influência da formação na eficácia do trabalho realizado pelos professores

Itens	M	DP
36: A formação acerca da PHDA é uma mais valia para o produto final do trabalho que realizo com alunos com PHDA.	7,4	2,2
34: Sinto que a formação em PHDA influencia o modo como interajo com os alunos com PHDA.	6,8	2,2
33: A formação permitiu obter ferramentas suficientes para poder trabalhar de forma eficiente com alunos com PHDA.	5,5	2,4
35: Tenho competências suficientes para lidar com a PHDA graças à formação que realizei.	4,9	2,4

Dos professores com formação, 95% considera que existem ainda outros fatores que permitem a melhoria do trabalho realizado com alunos com PHDA (Tabela 20), para além da formação. O fator que mais influencia o sucesso do trabalho dos professores, e por sua vez o dos alunos, é a “Experiência com alunos com PHDA” e o que menos influencia é a “Família”.

Tabela 21: Resultado do Questionário 5 sobre fatores que influenciam a melhoria do trabalho realizado com alunos com PHDA

Fatores	N	% de professores que indicou o fator
Tempo de serviço	9	17,6
Experiência com alunos com PHDA	25	49,0
Família	4	21,6
Outros:	7	13,7

Foram ainda apontados outros fatores que levam a essa melhoria, tais como:

- Recurso aos apoios técnicos e profissionais especializados (por exemplo, o psicólogo);
- Atitude do professor perante a PHDA: vontade de aprender a lidar com alunos com PHDA, investimento, disponibilidade, diferenciar a aprendizagem na sala de aula e capacidade de trabalho do professor;
- Condições de trabalho.

Capítulo 5: Discussão de resultados

Após a análise dos resultados e relativamente à amostra A, verificou-se que o conhecimento dos professores a respeito da PHDA é de 46,8%, apesar de 81,6% já ter tido pelo menos uma criança/jovem com PHDA na sala de aula (o rácio de alunos por professor verificou-se ser de 8 alunos). Constatou-se ainda que 25% apresentou valores inferiores a 32% e 50% entre 47% e 77%. Deste modo verificou-se que o conhecimento apresentado pelo universo dos professores atinge um nível médio-baixo, sobretudo quando a maioria dos docentes já teve a experiência de ter tido um aluno com PHDA na sua sala de aula. Segundo Barkley (1998) o grau de conhecimento médio-baixo referido não parece ser muito satisfatório já que, quando os professores têm uma informação pobre sobre a natureza, percurso, consequências e causas desta perturbação, assim como perceções erradas acerca das terapias adequadas, pouco se ganhará ao tentar estabelecer comportamentos e intervir nas turmas com crianças com PHDA. Aliás, o sucesso educativo das crianças com PHDA envolve a presença de um professor ativo, motivado e empenhado no trabalho com estes estudantes mas também, conhecimento que envolva a identificação e a intervenção em PHDA.

O resultado do nível de conhecimento obtido neste estudo (46,8%) é semelhante ao apresentado por Sciutto et al. (2000), 47,8 %. Noutros estudos, Small (2003), Kos (2004); Kleynhans (2005), Fernandez et al. (2007), Dilaimi (2013), Ghanizadeh (2006) e Anderson et al. (2012), baseados igualmente no KADDS, chegaram-se aos seguintes níveis de conhecimento: 57%; 60,7%; 42,6%; 42,65%; 48%; 46,9%; e 52%, respetivamente. Noutros estudos, apesar de não quantificarem o nível de conhecimento em percentagem, concluiu-se que este é igualmente baixo, tal como concluíram West et al. (2005), Alkathani (2013), Garcia (2009), Santos (2012), e Swanson (2012). No entanto, outros grupos de investigadores (Jerone et al., 1994 e Othan et al., 2008) apresentaram resultados muito superiores atingindo valores que rondam os 78% e 76% respetivamente. Estes resultados podem dever-se ao facto de os questionários apresentados conterem apenas 20 itens para análise e, ainda, pelo facto de só contemplarem duas opções de resposta (verdadeiro ou falso). Deste modo e em caso de dúvida na resposta, a probabilidade de acertar na resposta correta é de 50%.

Os resultados sugerem que a área do conhecimento que os professores melhor dominam é a do Diagnóstico/Sintomas da PHDA (54,9%), contrariamente às áreas da Intervenção e Características Associadas, cujo valor médio dos conhecimentos foi

negativo, cerca de 38% e 33%, respetivamente (tabela 9). Nos estudos desenvolvidos pelos investigadores, Jerome et al. (1994), Sciutto et al. (2000), Small (2003), West et al. (2005), Kleynhans (2005), Fernandez et al. (2007), Ohan et al. (2008), Legato (2011), Swanson (2011), Dilaimi (2013) e Alkathani (2013), os resultados obtidos na área dos Diagnóstico/Sintomas também foram igualmente superiores aos resultados obtidos nas restantes áreas. Os estudos que verificaram o tema das Características Associadas como aquele que tem menor nível de conhecimento foram o Fernandez et al. (2007), Swanson (2012) e Dilaimi (2013).

O elevado número de itens com respostas/conceções erradas é relevante, dado que os professores consideram essa informação errada como válida, não procurando assim a informação correta. Tal pode levar os professores a agirem desadequadamente relativamente aos alunos com PHDA. Neste estudo (Tabela 8) verificou-se que: i) cerca de 70 % dos professores da amostra A consideram falsa a existência de intervenções, com crianças com PHDA, ao nível comportamental e psicológico, que permitem melhorar a atenção/concentração; ii) 61% dos professores consideram que os alunos necessitam de um ambiente calmo para se concentrarem, quando na realidade necessitam de um ambiente estimulante. Aliás, quanto mais dinâmica for a aula, mais concentrado estará o aluno hiperativo (Falardeau, 1997); iii) 56% dos professores consideram falso que a extrema falta de atenção pode ser insuficiente para diagnosticar a PHDA, quando na realidade é suficiente; iv) cerca de 38% dos docentes questionados têm a errada perceção de que os alunos com PHDA mostram menos problemas comportamentais num ambiente de família do que em ambientes não familiares, quando na realidade os alunos com esta problemática apresentam melhor aproveitamento no início do ano escolar, por estarem fora do seu ambiente familiar. De facto, os educandos ainda não tiveram tempo suficiente para se relacionarem com os novos professores, turma e seus pares (Barkley,1998); v) Finalmente, cerca de 30% dos professores questionados não têm a noção que um aluno hiperativo pode ser tratado com medicação adequada, do tipo estimulantes, pois estes acalmam este tipo de alunos ao invés de os excitar. No estudo de Jerome et al. (1994), Beckle (2004), Sciutto (2000), Kos (2004), Dilaimi (2013) verificaram-se um elevado número de equívocos acerca do tratamento dietético relacionado com a PHDA.

Analisada a amostra do presente estudo, grande parte não realizou qualquer tipo de formação sobre a PHDA – cerca de 61%, enquanto que 39% tiveram algum tipo de formação na área (durante ou após o período académico). Quando questionados acerca da importância da inclusão de conteúdos de PHDA na formação inicial, ambas as

amostras consideram-na essencial (amostra A: 100% e amostra B: 98,4%). No estudo de Kos (2004) verificou-se que 99% dos participantes considerou a sua inclusão pertinente. Os conteúdos sobre PHDA considerados mais importantes a incluir nessa formação, por ambas as amostras, são: Diagnóstico, Estratégias a Utilizar na Sala de Aula e Adaptações Curriculares (Tabela 2). Os conteúdos que os professores gostariam de aprofundar são: Estratégias Escolares, seguida pela Avaliação dos alunos com PHDA e Diagnóstico do PHDA (este último apenas na amostra B). O item que os professores menos sentem necessidade de aprofundar/melhorar em ambas as amostras é a Medicação Específica e Intervenção em Geral (Tabela 4). Kos (2004) constatou no seu estudo que os temas a abordar na formação seriam igualmente as Estratégias Escolares, seguido do Tratamento, Sintomas e Diagnóstico.

Relativamente às estratégias apresentadas, nomeadamente Reforço, Utilização de Consequências Graves, Ignorar-Planeado, Organização do Currículo e do Suporte Emocional, concluiu-se que aquelas que são mais utilizadas pelos professores para lidar com alunos com PHDA em situação de sala de aula, são as de Suporte Emocional, seguida pelo Reforço Positivo (Tabela 11). Na investigação apresentada por Kos (2004) as conclusões foram diferentes das obtidas no presente estudo: as Estratégias de Organização da Sala de Aula e do Currículo foram referidas como as mais úteis e benéficas na gestão comportamental de alunos com PHDA. No entanto, os professores sugeriram igualmente que as Estratégias de Reforço e de Suporte Emocional também poderiam ser instrumentos fundamentais para lidar com alunos portadores da perturbação. Ghanizadeh (2005) e Garcia (2009) concluíram que as Estratégias Ignorar Planeado e Consequências Graves são as estratégias mais utilizadas pelos professores participantes nos respetivos estudos.

No que diz respeito às estratégias menos utilizadas quer neste estudo, quer na investigação de Kos (2004), as conclusões são semelhantes: as Estratégias das Consequências Graves Negativas e Planear-Ignorar foram apontadas como sendo as menos favoráveis (Tabela 11). Estas conclusões foram igualmente apresentadas por Nix (1997) e Greene (1995, citados por Kos, 2004) sugerindo a preferência dos professores por Estratégias com Reforço Positivo em detrimento das Estratégias de Consequências Graves Negativas, na gestão dos problemas comportamentais das crianças com PHDA.

Verificaram-se diferenças significativas no nível dos conhecimentos em função da formação realizada na área da PHDA (Tabela 12), isto é, os professores que apresentaram um maior nível de formação na área, obtiveram níveis médios de conhecimentos mais elevados. Aliás, essas diferenças são significativas quando a

formação é realizada durante o período académico, bem como no período pós académico (hipótese 1 verificada). Na realidade: se os participantes realizaram formação durante o período académico o nível de conhecimentos sobre PHDA (51,3%) é superior ao nível dos participantes que não realizaram formação durante o período referido (40,6%); se os participantes realizaram formação após a conclusão do período académico, o nível de conhecimentos sobre PHDA (62,0%) é superior ao nível dos participantes que não realizaram formação durante o período referido (36,9%). Constatou-se, portanto, que o nível de conhecimentos sobre PHDA é superior, quando a formação é realizada após o período académico (62,0%), comparativamente com os resultados obtidos pelos participantes que realizaram formação durante a formação inicial (51,3%). Este facto deve-se provavelmente à diferença de experiência letiva existente entre os 2 grupos de professores. Na realidade a prática letiva é supostamente um fator essencial para o aperfeiçoamento das técnicas de ensino e do próprio conhecimento. Analisando ainda os resultados obtidos ao nível do conhecimento sobre a PHDA, entre os professores com formação (quer académica quer após esse período) e os que não realizaram formação, verificou-se que os professores que nunca realizaram qualquer formação apresentaram um nível de conhecimento inferior (37,1%), quando comparados com os que realizaram algum tipo de formação, 54,9%.

As conclusões do presente estudo são semelhantes aos apresentados por outros autores, Fernandez et al. (2007), Vereb (2004), Jerome et al. (1994), Small (2003) e Santos (2012), que verificaram uma relação entre o conhecimento sobre a PHDA e o número de horas de formação realizadas pelos professores. Igualmente, os autores Kleynhans (2005), Kos (2004) e Sciutto et al. (2000) concluíram que o nível de conhecimento dos professores está relacionado com a sua formação em PHDA.

A hipótese 2 não se verificou, isto é, não há diferenças significativas do nível do conhecimento em função do tempo de serviço. No entanto, verificou-se que o nível de conhecimento é maior entre os 11 e 20 anos de serviço, quando na realidade era expectável que a última classe ([21,40]) obtivesse um nível de conhecimento superior. Através dos resultados apresentados na Tabela 13 constatou-se que para além de esta classe [(11,20)] ter o nível de conhecimento sobre PHDA mais elevado, esta revelou o maior índice de formação. Este resultado, faz algum sentido devido à hipótese 1 ter sido verificada. Constatou-se ainda que a formação é crescente até aos vinte anos de serviço e decrescente a partir dessa altura, apesar destes dados não serem significativos. Deste modo, apesar de os professores terem mais experiência letiva, não significa que realizem mais formação no âmbito da PHDA. Estes resultados podem surgir devido a

alguma desmotivação que os docentes vão sentindo ao longo da sua vida profissional, perdendo a vontade de investir em formação ou ainda devido ao paradigma da sua formação profissional (antigamente uma licenciatura habilitava-os ao exercício da função de lecionar, enquanto que o novo modelo de formação em que vivemos preconiza uma formação constante ao longo da vida).

Outros grupos de investigadores apresentaram resultados semelhantes, nomeadamente Kos (2004), Kleynhans (2005), Garcia (2009), Fernandez et al. (2011) e Jerome et al. (1994 - na amostra americana). Estes autores concluíram que o tempo de serviço do docente não está diretamente relacionado com um maior conhecimento sobre a PHDA, nem com um aumento da capacidade para lidar de forma eficaz com crianças com PHDA. No entanto, Sciutto et al., (2000), Jerome et al. (1994 - na amostra canadiana), Vereb (2004), Santos (2012) e Beckle (2004) nos seus estudos, sugeriram que o conhecimento geral de PHDA está correlacionado significativamente e positivamente com os anos de experiência de ensino. Anderson et al. (2012) verificou ainda que o conhecimento dos professores com experiência é superior aos dos professores do ensino universitário, nomeadamente no que respeita às Características e Intervenções.

Relativamente à hipótese 3: “os professores que tiveram mais experiência com alunos com PHDA têm mais conhecimento sobre a mesma”, esta não se verificou devido a não se ter verificado diferenças significativas do nível de conhecimento em função do número de alunos, tal como Garcia (2009) e Legato (2011) (Tabela 14).

Contrariamente às conclusões obtidas no presente estudo, Sciutto et al. (2000) concluiu que o nível de conhecimento dos professores está positivamente relacionado com a experiência anterior com crianças com PHDA. Igualmente, outros grupos de investigadores (Kos, 2004, Legatto, 2011, Kleynhans, 2005, Vereb et al. 2004, Alkathani, 2013 e West et al., 2005) concluíram que o número de alunos com PHDA que um professor leciona influencia o seu conhecimento acerca da PHDA. Baptista (2010) sugere igualmente que professores com experiência no trabalho com crianças com PHDA revelam uma maior confiança e capacidade de adaptação de materiais e currículos do que professores sem essa experiência. Tais considerações sugerem que a atitude pedagógica do professor deveria ser influenciada pelos seus conhecimentos e experiência, de forma a conduzir a resultados positivos nas intervenções na sala de aula, melhorando a aprendizagem dos alunos com PHDA. No entanto perante os resultados obtidos no presente estudo, em que o número de alunos com PHDA não influencia o nível de conhecimento, optou-se por avaliar o nível de formação dos professores que lecionam alunos com PHDA, colocando a seguinte questão: “Será que os professores

sentem necessidade em realizar formação quando lecionam alunos com PHDA?”. Note-se que 81,6% dos participantes tiveram pelo menos 1 aluno com PHDA. Destes, apenas 23,81% sentiram necessidade de fazer formação. Por isso não podemos afirmar que o facto de se ter alunos com PHDA implique a realização de formação sobre o mesmo. Aliás, analisando a Tabela 14 constata-se que os professores que lecionaram mais alunos com PHDA são os que realizaram menos formação. Os professores que mais investiram na formação foram os que lecionaram entre 11 a 15 alunos com PHDA, ao longo da sua experiência letiva, seguido dos que tiveram 6 a 10 alunos, classes estas que obtiveram melhores resultados em termos de nível de conhecimento (tal como era esperado dado a hipótese 1 ter sido verificada). Esta constatação pode dever-se ao facto que, apesar das diferenças não serem significativas, quanto maior é o tempo de serviço, maior é o número de alunos com PHDA que os professores lecionaram. Ora o decrescente investimento que se deteta a partir dos 16 alunos pode então ser devido ao nível de desmotivação já referido, presente na classe 3 (classe com mais tempo de serviço), e gerador de falta de investimento em formação.

A hipótese 4 e 6 são verificadas e permitiram verificar que os professores com formação em PHDA sentem-se com mais capacidade e instrumentos para lidar eficazmente com a perturbação (Autocompetência), dado terem mais conhecimentos, e por isso crianças com PHDA influenciam menos negativamente o ambiente de sala de aula, comparativamente à capacidade e ao ambiente vivenciado pelos professores sem formação (Tabela 18). Fernandez et al. (2011) concluiu igualmente a correlação positiva entre formação e Autoeficácia Percebida. Esse autor acrescentou ainda que as crenças da autoeficácia podem influenciar de forma positiva a motivação dos professores para proporcionar maior sucesso escolar aos seus alunos.

A hipótese 5 - os professores com menos formação sentem que têm menos controlo na gestão de comportamentos de crianças com PHDA do que os docentes com formação. - não se verificou possivelmente devido à dificuldade que os professores têm em autoavaliar o próprio controlo da sala de aula ou, ainda, devido à resposta ser condicionada pela desajustabilidade social, isto é, os professores têm dificuldade em admitir a falta de controlo, pois tal não é esperado pela sociedade (Tabela 18).

A hipótese 7 - os professores com formação acreditam mais na validade do diagnóstico da problemática da PHDA do que os docentes sem formação – não foi verificada, provavelmente pelo facto de ambos os grupos depositarem confiança no autor do diagnóstico e na sua validade (Tabela 18).

A hipótese 8, 9 e 10 não se verificaram. Os professores que não têm formação têm as mesmas expectativas que os professores com formação. Possivelmente devido às expectativas criadas através do contacto permanente e troca de experiências existente no seio desta classe. Como tal, ambos os grupos recorrem, de forma similar, aos fatores externos, por exemplo, ao apoio e esclarecimentos do professor de Ensino Especial, permitindo que as crenças dos pais/comunidade influenciem a sua forma de gerir a sala de aula (Tabela 18).

Foram poucos os estudos que compararam as atitudes com a formação. No entanto alguns grupos de investigadores verificaram diferenças significativas das atitudes em função do conhecimento da perturbação. Bekle (2004) e Small (2003) concluíram que os conhecimentos influenciam as atitudes, enquanto que Ohan et al. (2008), Ghanizade (2006), Fernandez et al. (2007), Murray (2009) e Alkathani (2013) verificaram ainda que os conhecimentos influenciam a competência dos professores. Estes resultados são semelhantes aos apresentados no presente estudo, onde se concluiu que a formação influencia a Autocompetência dos professores, uma vez que a formação em PHDA influencia positivamente o nível de conhecimentos.

Relativamente à influência da experiência letiva (tempo de serviço) nas atitudes dos professores concluiu-se que as dimensões 2, 4 e 5 (Efeitos Negativos, Perceção da Autocompetência e Influências de Gestão, respetivamente) apresentam diferenças significativas em função do tempo de serviço (Tabela 19). Isto é, na dimensão 4, a classe 1 (menos tempo de serviço) mostrou ter uma maior Perceção da Autocompetência do que a classe 3 (mais tempo de serviço). Estes resultados sugerem que o grupo dos professores mais inexperientes considera-se mais competente e com mais instrumentos para lidar eficazmente com a perturbação, do que o grupo dos mais experientes. Esta situação pode advir, provavelmente, pelo facto de os professores com menos experiência apresentarem não só uma maior motivação, como também um menor conformismo para ultrapassar as adversidades. Este conceito verifica-se igualmente dentro da classe dos professores mais velhos, dado que os professores mais novos (classe 2: [11,20]) consideram-se mais competentes que os mais antigos (classe 3: [21,40]). Na dimensão 2 a classe dos professores com menos experiência letiva (classe 1: [0,10]) sente que os alunos com PHDA destabilizam menos o ambiente de sala de aula, do que os professores com mais antiguidade (classe 3: [21,40]). Como se verificou que a dimensão 4 apresenta diferenças significativas em função do tempo de serviço, ou seja, professores com mais tempo de serviço sentem ter mais competência para lidar com a problemática do que os professores com menos tempo de serviço, então é

provável que essa capacidade se encontre espelhada no ambiente que se vivencia na sala de aula. Por último, na quinta dimensão, os professores com menos tempo de serviço (classe 1) são mais “permeáveis” às crenças dos familiares/comunidade do que os docentes com mais antiguidade (classes 2 e 3), permitindo que essas mesmas crenças influenciem a forma de gerir a aula. Provavelmente, devido à menor experiência dos professores da classe 1, estes procuram assimilar toda a informação que lhes é fornecida. A classe 2 (professores com 11 a 20 anos de serviço) é menos “permeável” a essas mesmas crenças do que os docentes mais antigos (classe 3). Tal poderá dever-se ao facto de que quanto mais jovens são os professores, menos experiência possuem e maior é a recetividade às informações dadas pelo exterior. No entanto, quando atingem um nível de antiguidade elevado (21 a 40 anos de serviço) passam a lecionar de forma desmotivada, sem vontade para iniciativas específicas, permitindo desse modo que as crenças, provenientes dos familiares/comunidade, influenciem mais a gestão da sala de aula, comparativamente com o tempo em que se sentiam mais capazes e mais ativos.

Relativamente às atitudes, crenças e sentimentos dos professores acerca da PHDA, concluiu-se ainda que os itens que tiveram maior nível de concordância foram aqueles que demonstraram que os docentes acreditam no benefício da formação em PHDA e percecionam esta perturbação como um problema válido e legítimo educacional (Tabela 14). Esta conclusão, acerca do nível de concordância com os respetivos itens coincide, em grande parte, com os estudos de Kos (2004), dado que neste os itens considerados com maior nível de concordância foram a legitimidade e validade do problema educacional da PHDA, assim como o reconhecimento de que a problemática é diagnosticada por excesso. Na presente investigação os 3 itens que demonstraram menos consistência por parte dos professores (nível médio de concordância a menos de uma décima do nível 5) foram o 24, 15 e 21 (Tabela 15). Esta opinião pouco consistente pode estar associada à falta de reflexão sobre as problemáticas retratadas (no item 24 e 15) ou a um desconhecimento sobre a PHDA (item 21).

.No que diz respeito às dimensões (atitudes), aquelas que obtiveram maior nível de concordância são a Validade do Diagnóstico, seguido da Falta de Controlo (Tabela 18). Tal significa que os professores aceitam o diagnóstico da PHDA, mas sentem que têm pouco controlo na gestão de comportamentos deste tipo de crianças, considerando igualmente que essas crianças não têm controlo no seu próprio comportamento. Para Kos (2004) a Falta de Controlo e os Efeitos Negativos na Sala de Aula foram aqueles que obtiveram maior consenso por parte do universo do estudo do autor.

Através da análise dos resultados das questões 5.33, 5.34, 5.35 e 5.36, concluiu-se que os professores com formação não estão seguros de que esta formação permitiu obter ferramentas e competências suficientes e eficazes para o trabalho com alunos com PHDA (Tabela 20). No entanto, esta indecisão foi ultrapassada na medida em que a hipótese 4 e 6 foram verificadas, isto é, os professores com mais formação sentem-se com mais capacidade para lidar eficazmente com a perturbação e por isso as crianças com PHDA influenciam menos negativamente o ambiente de sala de aula. É de registar que os professores da amostra B acreditam no benefício da formação em PHDA de forma a melhorar a eficácia do trabalho realizado com este tipo de alunos. Raposo (1988, cit. por Lourenço:20) vai de encontro a esta ideia, afirmando que *“a reforma e a melhoria do sistema educativo dependem, em larga medida, de um aperfeiçoamento dos sistemas de formação de professores e da intervenção dos psicólogos nas escolas”*.

Finalmente, os fatores apontados pelos professores como os que mais influenciam a qualidade do trabalho realizado com alunos com PHDA, para além da formação, são a experiência com alunos com PHDA e o tempo de serviço (tabela 21). Esta conclusão não deixa de ser curiosa dado que se concluiu, na amostra A, que estes fatores não influenciam significativamente o conhecimento dos professores sobre a perturbação e por sua vez não potenciam significativamente a capacidade de lidar mais eficazmente. Provavelmente, estes fatores poderão influenciar a qualidade de ensino, desde que este inclua à priori formação sobre PHDA por parte dos docentes.

De acordo com estes resultados, podemos concluir que a formação (académica e/ou pós académica), geradora de um maior conhecimento, é um fator significativo na forma como os professores podem auxiliar os seus alunos com PHDA (tornando as suas dificuldades menores, potenciando as suas capacidades e promovendo a sua integração/inclusão).

Capítulo 6: Conclusão

No estudo de avaliação dos conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos dos professores relativamente à PHDA, analisaram-se diferentes questionários que permitiram testar o nível de conhecimento, tipos de estratégias a aplicar na sala de aula, atitudes, sentimentos e crenças dos professores, bem como relacionar: i) o nível de conhecimentos acerca desta perturbação em função da formação, do tempo de serviço e do número de alunos com PHDA; ii) as atitudes, crenças e sentimentos dos professores em função da formação realizada pelos docentes acerca dessa perturbação.

Os resultados obtidos sugerem que o nível de conhecimento sobre a PHDA é médio baixo, cerca de 47%. É de salientar que das três áreas de conhecimento sobre PHDA abordadas neste estudo (Sintomas/Diagnóstico; Intervenção e Características Associadas) a área Diagnóstico/Sintomas foi a única cuja média de respostas certas ultrapassou os 50%. No entanto, concluiu-se que os professores percecionam a PHDA como um problema válido e legítimo educacionalmente.

Relativamente às estratégias apresentadas constatou-se que as mais utilizadas pelos professores na sala de aula são as de Suporte Emocional, seguidas pelas de Reforço Positivo.

Relativamente à análise dos níveis de concordância das respetivas dimensões verificou-se que os professores concordam principalmente com a validade do diagnóstico da PHDA (dimensão 3) e têm pouco controlo no comportamento das crianças com PHDA (dimensão 1), tornando-se difícil de gerir esses comportamentos problemáticos.

Os professores que realizaram formação em PHDA consideraram que esta é uma mais-valia, pois permite melhorar não só os conhecimentos sobre a perturbação, como ainda elevar a qualidade do ensino realizado sobre os alunos. Aliás, através deste estudo foi possível verificar que a formação realizada pelos professores em PHDA influencia as suas atitudes, nomeadamente o nível de Perceção da Autocompetência. Na realidade, esta perceção de competência é tanto maior quanto maior for a formação realizada pelos professores sobre a PHDA. Na relação entre a formação e o tipo de atitudes concluiu-se que quanto maior for a formação realizada pelos professores sobre a PHDA, maior é a perceção da capacidade para lidar eficazmente com os alunos que padecem da perturbação (maior é a Perceção da Autocompetência) e, como tal, estas crianças influenciam menos negativamente o ambiente da sala de aula. Relativamente à relação

entre a formação e o nível de conhecimento, concluiu-se que o nível de conhecimento sobre PHDA é efetivamente maior, quanto maior for a formação. Deste modo, os docentes com mais conhecimentos, resultantes da formação, podem ter mais instrumentos bem como uma maior capacidade para lidar de forma eficaz com os alunos com a PHDA. Concluiu-se portanto que relativamente às hipóteses colocadas neste trabalho, apenas três foram verificadas: i) os professores com mais formação na área têm mais conhecimento sobre PHDA (H1); ii) os professores com formação sentem-se com maior capacidade e mais instrumentos para lidar eficazmente com a problemática da PHDA relativamente aos que não têm formação (H4); e iii) os professores sem formação sentem que as crianças com PHDA influenciam mais negativamente o ambiente de sala de aula do que os docentes com formação (H6). Salienta-se o facto de o nível de conhecimento dos professores sobre a perturbação não ter demonstrado diferenças significativas em função do tempo de serviço e do número de alunos com a PHDA que os docentes lecionaram.

Assim e de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, a formação dos professores em PHDA é essencial no modo como estes lidam com os alunos, quer a formação seja realizada no período de formação académica, quer durante a atividade profissional. É importante que os professores estejam mais sensíveis às limitações dos alunos e sejam capazes de estimular e potenciar as suas capacidades. Deste modo, temas relacionados com Estratégias a utilizar em sala de aula, Intervenções, Características Gerais, Adaptações Curriculares e Avaliação, assim como o Diagnóstico, são considerados muito úteis e necessários.

Capítulo 7: Linhas futuras de Investigação

Como trabalho futuro sugere-se que seria importante avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e formação dos professores do ensino público e privado. Igualmente seria interessante desenvolver linhas de investigação que abordem o nível de conhecimentos, atitudes e formação dos professores perante fatores regionais, socioeconómicos e culturais.

Capítulo 8: Bibliografia

- Adelson, J. & McCoach, D. (2010). Measuring the Mathematical Attitudes of Elementary Students: The Effects of a 4-Point or 5-Point Likert-Type Scale, *Educational and Psychological Measurement*, 70, 796-807.
- Alkahtani, K. (2013). Teacher's and misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 4, 963-969. DOI: 10.42367psych.2013.412139.
- Alvarez, A. (2013). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção em contexto escolar. Conhecimento dos professores acerca da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) (Projeto de Investigação)*. Instituto Superior de Ciências da Informação e Administração, Estoril, Portugal.
- American Psychiatric Association (APA), (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Washington DC: Author.
- Anderson, D., Watt, S., Noble, W., Shanley, D. (2012). Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with ADHD: the role of teaching experience. *Psychology in the schools*, 0, 1-15. DOI: 10.1002/pits. 21617
- Anhalt, K., McNeil, C.B., & Bahl, A.B. (1998). The ADHD classroom kit: A whole classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 35, 67-79. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6807(199801)35:1<67::AID-PITS6>3.0.CO;2-R.

Baptista, M. (2010). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar – Estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1ºCiclo* (Dissertação de mestrado). Universidade técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.

Retrieved from: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20-DEFINITIVA.pdf>

Barkley, R., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.

Barkley, R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

Bekle, B. (February 2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit, Hyperactivity Disorder (ADHDA): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of attention disorders*, 7,3,151-161. DOI: 10.1177/108705470400700303

Botelho, M., Calapez, T. & Ramos, M. (2012, junho). *O efeito do formato das respostas no tratamento de itens e escalas tipo Likert*. Comunicação poster apresentada no VII Congresso Português de Sociologia. Universidade do Porto, Portugal.

Carreiro, L., Lima, D., Marques, M., Araújo, M. & Teixeira, M. (2007). Estudo exploratório sobre o conhecimento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entre professores de escolas públicas e privadas da cidade de S. Paulo. *Cadernos de Pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento*, 7, 1, 34-52.

Retrieved from:

http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_6.pdf

Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685

Correia, L. (1997). *Alunos com necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2003). *Educação especial e inclusão: Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.

Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. London: T. Cadell, Jr., and W. Davies.

Retrieved from:

<http://books.google.pt/books?id=xw8IAAAAMAAJ&printsec=frontcover&dq=Crichton&hl=ptT&sa=X&ei=wxMVU86LMoLA7AbJxoCQAg&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=Crichton&f=false>

Curtis, D., Pisecco, S., Hamilton, R. & Moore, D. (2006). Teacher Perceptions of Classroom Interventions for Children with ADHD: a cross cultural comparison of teachers in the United states and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21, 2, 171-196. DOI: 10.1521/scpq.2006.21.2.171

Department of Education, Training and Employment (1999). *Attention difficulties, poor impulse control, overactivity or ADHD: Teaching and managing children and school students*. Adelaide, SA: Author.

Retrieved from: http://www.decd.sa.gov.au/speced2/files/pages/chess/hsp/Pathways/ADHD_July_99.pdf

Dilaimi, A. (2013). *Newzealand primary school Teachers' Knowledge and Perceptions of Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD)* (Dissertação de mestrado). Massey University. Albany, Nova Zelândia.

DuPaul, G. & Weyandt, L. (2006, junho). School-based Intervention for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on academic, social and behavioural functioning. *International journal of Disability, Development and Education*, 53, 2, 161-176. DOI: 10.1080/10349120600716141

DuPaul, G. & Stoner, G. (2007). *TDAH nas Escolas – Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.

Falardeau, G. (1997). *As crianças hiperativas*. Mem Martins: Edições Cetop.

Fernandez, S., Mínguez, R. & Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención com hiperactividad. *Psicothema*, 19, 4, 585-590.

Filipe, M. (2011). *Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção* (dissertação de mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa, Portugal.

Fowler, M. (2002, abril). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *AD/HD Briefing Paper*. National Dissemination Center for Children with Disabilities. *Nichy*, 14, 1-24.

Retrieved from: <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/fs14.pdf>

- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill Portugal.
- Garcia, M. (2009). *Teacher knowledge of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and effective classroom interventions* (Dissertação de mestrado). California State University, Los Angeles, EUA.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. & Moeini, S. (2006). Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling*. Ireland: Elsevier.
- Gomes, J. (2010). *O professor e a hiperactividade na sala de aula* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Portugal.
- Hepperlen, T., Clay, D., Henly, G. & Barke, C. (2002 , january). Measuring teacher attitudes and expectations toward students with ADHD: Development of the test of knowledge about ADHD (KADD). *Journal of Attention Disorders*, 5, 3, 133-142. DOI: 10.1177/108705470200500301
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Kos, J. (2004). *Primary school teachers' knowledge, attitudes and behaviours toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder* (Tese de doutoramento). RMIT University, Australia. DOI:10.1002/pits.10178

Kleynhans, S. (2005). *Primary school teachers knowlqde and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)* (dissertação de mestrado). University of Stellenbosch, Joanesburgo, África do Sul.

Legato, L. (2011). *Effects of teacher factors on expectations of students with ADHD* (dissertação de mestrado). De Paul University, Chicago, USA.

Lopes, A.J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Lourenço, M. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico* (Dissertação de mestrado). Universidade técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.

Retrieved from: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperactividade%20e%20D%C3%A9fice%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Contexto%20Escolar%20-20ISABEL%20LOUREN%C3%87O%20-%202009.pdf>

Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Transtorno de hiperactividad com deficit de atención: poemicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de neurologia*, 28, 2: 182-188.

Retrieved from: <http://tdahcantabria.es/documentos/Basicodownload.pdf>

Monteiro, A. (2011). *Hiperactividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de Intervenção por Docentes do 1º CEB* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.

Retrieved from: <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/1651/Alexandra%20Monteiro%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf?sequence=1>

Murray, E. (2009). *“Don’t give up on them”. Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorders in schools – what teachers and parents believe and know* (tese de doutoramento). Murdoch University. Austrália.

Retrieved from: <http://researchrepository.murdoch.edu.au/1667/2/02Whole.pdf>

Ohan, J. Cormier, N., Hepp, S., Visser, T. & Strain, M. (2008). Does knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Impact teachers’ reported behaviours and perceptions. *School Psychology Quarterly*, 23, 3, 436-449. DOI: 10.1037/1045 - 3830.23.3.436.

Olson, S.L., Bates, J.E. & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (3), 317-334. DOI:10.1007/BF00916568

Parker, H. (1999). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: um guia para pais e educadores*. Porto: Porto Editora.

Palha, M. (s/data). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Diferenças*.

Retrieved from: <http://www.diferencas.net/wp-content/uploads/phda.pdf>

Quivy, R. & Champenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, I. (2011). *Hiperactividade défice de atenção* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.

- Rodrigues, A. (2004). Crianças com hiperactividade: da doença aos estilos de aprendizagem. In J. Barreiros, M. Godinho, F. Melo e C. Neto (coords), *Desenvolvimento e aprendizagem: perspectivas cruzadas* (pp.195-220). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, M. (2012). *Os contornos da Hiperatividade na sala de aula* (Projecto de investigação no âmbito da Pós-Graduação em Educação Especial). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto: Portugal.
- Sciutto, M., Terjesen, M., & Frank, A. (2000). Teacher's Knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115-122.
- Sciutto, M., Nolfi, C. & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 4, 247-253.
- Selikowitz, M. (2009). *Défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Texto editores.
- Sherman, J., Rasmussen, C. & Baydala, L. (2008) The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): *A review of the literature*, *Educational Research*, 50, 4, 347-360. DOI: 10.1080/00131880802499803
- Sørensen, M., Mors, O & Thomsen, P. (2005). DSM-IV or ICD-10-DCR diagnoses in child and adolescent psychiatry: does it matter? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14, 335-40.
- Small, S. *Attention-deficit/hyperactivity disorder: General education elementary school teachers' knowledge, training, and ratings of acceptability of interventions* (Dissertação

para obtenção do grau de especialista em educação especial). University of South Florida, Florida, EUA.

Soroa, M., Gorostiaga, A. & Balluerka, N. (2013). Review of Tools Used for Assessing Teachers' Level of Knowledge with Regards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. Somnath Intech. 8, 151-177). DOI:.org/10.5772/54277

Swanson, K., Guerra, F. & Brown, M. (2012). Teacher knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Middle School Students in South Texas. *Reseach in middle Level Education*, 36, 3, 1-7.

Tschannen-Moran, M., & Hoy, A. W. (2001). Teacher efficacy: capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17, 783-805.

Vereb, R., & DiPerna, J. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 3, 421-428.

Villar, I. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad: *Manual para Padres y Educadores*. Madrid: Coléccion Cepe.

West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26, 2, 192-208. DOI: 10.1177/0143034305052913

Páginas da internet:

<http://www.acer.edu.au/staff/julie-kos/>

<http://www.achando.info/comorbilidade>

http://educa.maisathode.com/Documentos/Caracteristicas/Aspectos_neurobiologicos.doc

<http://pt.wikipedia.org>

<http://lct.nutes.ufrj.br/toxicologia/mV.sali.htm>

<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Capítulo IX: Anexos

Anexo A

Questionário 1 - Dados do Participante

Este questionário tem como objetivo caracterizar os participantes deste estudo.

Preencha, por favor, todos os campos.

1.1 Sexo Feminino Masculino

(assinale com uma cruz a opção correta)

1.2 Idade

1.3 Nº de anos de lecionamento

1.4 Nível académico:

Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Pós-Graduação	<input type="checkbox"/>
Pós graduação com especialização	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Outro (qual?)	<input type="checkbox"/>

(assinale com uma cruz a opção correta)

1.5 Área curricular de formação de base _____

1.6 Nome da Escola/Agrupamento onde leciona atualmente:

1.7 Categoria Profissional: _____

1.8 Ciclo(s) de Ensino em que leciona

(assinale com uma cruz a opção correta em
função da sua realidade atual)

Pré-escolar	<input type="checkbox"/>
1º ciclo	<input type="checkbox"/>
2º ciclo	<input type="checkbox"/>
3º ciclo	<input type="checkbox"/>
Secundário	<input type="checkbox"/>

1.9 Funções que realizo atualmente:

(assinale com uma cruz a opção
correta)

Leciono turmas na minha área curricular	<input type="checkbox"/>
Atividades de apoio acrescido pedagógicos	<input type="checkbox"/>
Docente de Ensino Especial	<input type="checkbox"/>
Outras funções (qual?)	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo B

Questionário 2 - Dados dos Professores acerca da formação em PHDA

Este questionário tem como objetivo caracterizar o professor acerca da sua formação em Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção (PHDA) e a sua prática profissional com alunos PHDA que sofrem esta perturbação.

2.1 No seu currículo universitário recebeu alguma formação relativa ao tema da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ? Sim Não

2.2 Acha importante a abordagem de PHDA na formação inicial de docentes ? Sim Não

2.3 Quais os conteúdos, acerca de PHDA, considera importantes serem lecionados na formação inicial de docentes?

Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Legislação	<input type="checkbox"/>
Adaptações curriculares	<input type="checkbox"/>
Estratégias a utilizar na sala de aula	<input type="checkbox"/>

(assinale com uma cruz a opção correta)

2.3 Realizou alguma formação específica sobre PHDA após a sua formação inicial?

Sim Não

2.4 Se respondeu que sim à questão anterior, indique o tipo de formação que realizou:

Ações pontuais Leituras, conferências Pós graduação, mestrado e especializações

Outras (qual?) _____

2.6 Sente falta de formação adicional acerca PHDA na sua prática da atividade profissional de docente?

Sim

Não

2.7 Quais os conteúdos que deveria melhorar o seu conhecimento acerca do PHDA?

Descrição e causas do PHDA	
Diagnóstico do PHDA	
Estratégias escolares	
Avaliação de alunos com PHDA	
Medicação específica e intervenção em geral	
Outro (qual?)	

2.8 Alguma vez lecionou alunos com PHDA? Sim Não

2.9 Se respondeu que sim à questão anterior, qual o número de alunos aproximado que já trabalhou com PHDA? _____

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo C

Questionário 3 - Avaliação do Conhecimento da PHDA

Adaptação do KADDS – *Knowledge of Attention Deficit Disorder* –Scituo & Feldhamer (2000) – e do questionário “*Knowledge Regarding ADHD*” - Kos (2004), parte integrante da tese de doutoramento intitulada: “*Primary school teachers' knowledge, attitudes and behaviors toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder*”, não publicada. Tradução e adaptação realizada por Ana Rita Alvarez Marques, 2012

Por favor, responda a todas as questões abaixo indicadas em função do conhecimento que tem atualmente sobre a PHDA. Coloque uma **X** no **V** quando a afirmação é Verdadeira, no **F** quando é Falsa e no **NS** em caso de não saber a resposta (não tente adivinhar a resposta correta). **Não consulte livros ou documentos sobre o tema. Não deixe respostas em branco.**

Nº	Questões	V	F	NS
1	A maioria dos estudos epidemiológicos refere que a PHDA ocorre aproximadamente em 15% das crianças em idade escolar.			
2	A investigação atual sugere que a PHDA é genericamente o resultado de estilos parentais ineficazes.			
3	As crianças com PHDA distraem-se frequentemente com estímulos externos.			
4	As crianças com PHDA são tipicamente mais colaborantes com os seus pais do que com as suas mães.			
5	De forma a diagnosticar uma PHDA, os sintomas devem existir na vida da criança antes dos 7 anos de idade.			
6	A PHDA é mais frequente em parentes biológicos 1º grau (ex: mãe, pai).			
7	Um dos sintomas da PHDA é “ser cruel fisicamente para outras pessoas”.			
8	A medicação anti depressiva é utilizada com eficácia na redução de sintomas de PHDA em muitas crianças.			
9	As crianças com PHDA são irrequietas, por norma, quando sentadas no seu lugar.			
10	O treino parental e a intervenção do professor são geralmente eficazes quando combinadas com a medicação específica.			
11	É comum que as crianças com PHDA apresentem uma autoestima sobrevalorizada e com mania de grandiosidade.			
12	É raro existir uma recaída quando termina o tratamento de uma criança com PHDA, ao nível dos sintomas.			
13	É possível diagnosticar a PHDA no adulto.			

Nº	Questões	V	F	NS
14	Frequentemente, as crianças com PHDA têm uma história pessoal de roubar e destruir objetos dos outros.			
15	Os efeitos secundários da administração de medicamentos para a PHDA pode incluir uma ligeira insónia e perda de apetite.			
16	O conhecimento atual da PHDA, sugere dois grupos de sintomas: um da desatenção e outro da hiperactividade/impulsividade.			
17	Sintomas de depressão são mais frequentemente detetados em crianças com PHDA do que em crianças sem PHDA.			
18	A psicoterapia individual é geralmente suficiente para a intervenção com crianças com PHDA.			
19	Na maioria das crianças com PHDA, os sintomas desaparecem na adolescência e subsequencialmente passa a existir um funcionamento adequado na idade adulta			
20	Se a medicação específica for prescrita, intervenções a nível educacionais passam a ser desnecessárias.			
21	Para um diagnóstico de PHDA a criança deve exibir sintomas em mais do que um contexto de vida (por ex: casa e escola)			
22	Se a criança com PHDA conseguir manter a atenção em jogos de vídeo ou em programas de televisão por mais do que uma hora, então também será capaz de manter a atenção por pelo menos uma hora na sala de aula ou durante os T.P.C.			
23	Reduzir o consumo de açúcar e de aditivos alimentares é uma forma eficaz na redução de sintomas de PHDA.			
24	O diagnóstico de PHDA, por si só, é suficiente para a colocação da criança sob medidas de ensino especial.			
25	Os remédios estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção na PHDA.			
26	As crianças com PHDA apresentam com frequência dificuldade em organizar as suas tarefas e atividades.			
27	As crianças com PHDA apresentam mais problemas em situações novas (novidade) do que em situações familiares.			
28	Existem traços físicos específicos, que podem ser identificados pelo médico (por exemplo o pediatra) para o diagnóstico definitivo de PHDA.			
29	Em crianças de idade escolar a prevalência do diagnóstico de PHDA é semelhante no sexo masculino e feminino.			

Nº	Questões	V	F	NS
30	Em crianças muito pequenas (abaixo dos 4 anos), os problemas comportamentais da PHDA (excesso atividade motora, desatenção) são claramente distintos daqueles existentes em crianças, da mesma idade e sem PHDA.			
31	As crianças com PHDA (em comparação com crianças sem PHDA) são mais facilmente identificadas em situação de sala de aula do que em situação de jogo livre.			
32	A maioria das crianças com PHDA apresenta algum tipo de dificuldade de prestação académica durante a idade escolar.			
33	Os sintomas de PHDA são também frequentemente observados em crianças sem PHDA provenientes de ambientes familiares caóticos e pouco adequados.			
34	As intervenções Comportamentais/Psicológicas para as crianças com PHDA, têm como principal objetivo a melhoria da desatenção.			
35	A terapia electroconvulsiva (tratamento por choques elétricos) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA.			
36	Crianças com PHDA têm como características a impulsividade e falta de atenção.			
37	PHDA é causada por excesso de açúcar na alimentação			
38	Uma criança que não é hiperativa, mas tem dificuldades em manter a atenção, tem PHDA.			
39	Todas as crianças com PHDA são hiperativas			
40	Existem subtipos de PHDA			
41	PHDA é frequentemente causado por aditivos alimentares			
42	Uma criança com PHDA necessita sempre de um ambiente calmo para se concentrar			
43	Crianças com PHDA são geralmente provenientes de famílias monoparentais			
44	As dietas não beneficiam o tratamento de crianças com PHDA			
45	A medicação é uma cura para o PHDA			
46	A causa da PHDA é desconhecida			
47	Se uma criança consegue jogar <i>Nintendo</i> por muitas horas, então é provável não ter PHDA			

Anexo D

Questionário 4 – Diagnóstico e Estratégias a utilizar com alunos com PHDA

Questionário construído por Ana Rita Alvarez Marques (2012) com base no questionário “*Classroom Management Strategies*” de Julie Kos (2004), parte integrante da tese de doutoramento intitulada: “*Primary school teachers’ knowledge, attitudes and behaviours toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder*”, não publicada

Este questionário tem como objectivo avaliar se os professores sabem identificar corretamente as características mais importantes para identificar um aluno com PHDA e se utilizam as estratégias necessárias para o efeito.

Leia com atenção o texto abaixo e responda às questões que se seguem:

O Pedro é um rapaz de nove anos. Frequentemente é repreendido pela sua professora por não estar atento na sala de aula. A professora diz que o Pedro não ouve o que ela lhe diz, e acha que ele tem dificuldade em seguir instruções. Raramente termina o seu trabalho escolar e em algumas ocasiões, quando o termina, comete erros por descuido. Distrai-se facilmente por estímulos à volta dele, tal como com o que os outros estão a fazer.

O Pedro acha que é difícil dar atenção por tempo prolongado quer em atividades escolares, quer em jogos ou brincadeiras. Assim evita as tarefas que exigem esforço mental mantido (como o trabalho escolar ou trabalhos de casa). O Pedro é muito irrequieto na sala de aula, interrompe com frequência a professor e os seus colegas, faz barulhos na secretária e desta forma perturba o funcionamento da sala.

Tem também dificuldades em organizar as suas tarefas, perde com frequência o seu material escolar necessário às tarefas em curso (recados, trabalhos de casa, lápis, canetas, livros) e esquece-se com frequência de compromissos quotidianos.

Como consequência destas dificuldades a professor do Pedro acha que ele deve repetir o ano. Os professores já anteriormente tinham sinalizado estas dificuldades (desde o pré-escolar) e os pais referem que as mesmas dificuldades acontecem em casa nos últimos três anos.

4.1 - Acha que esta criança tem uma PHDA?

Sim	Não	Não sei
-----	-----	---------

4.2 - De forma global, que estratégias escolheria para gerir o comportamento desta criança na sala de aula?

Por favor assinala com uma cruz todas as que considerar importantes

Dizer à criança que o seu comportamento é inapropriado – em frente à classe	
Dizer à criança que o seu comportamento é inapropriado – em privado	
Manter a criança na sala de aula durante os recreios a terminar as suas tarefas	
Retirar à crianças alguns privilégios como tempo livre para brincar e saídas/excursões da turma	
Providenciar trabalho extra	
Ignorar o comportamento inapropriado	
Colocar a criança numa área específica por tempo determinado	
Retirar a criança da sala de aula por comportamento inapropriado	
Chamar os pais à escola	
Utilizar um sistema de reforços – dar reforços por comportamento apropriados e retirar privilégios por comportamentos inapropriados	
Reforçar a criança pelo comportamento adequado (por exemplo: tempo livre)	
Elogiar a criança verbalmente – em frente à classe	
Elogiar a criança verbalmente – em privado	
Organizar a sala de forma a minimizar os estímulos que o distraem	
Utilizar as regras de sala de aula	
Dar instruções claras e simples	

Escrever as instruções no quadro	
Permitir a criança fazer pausas frequentes durante as tarefas	
Diminuir o grau de dificuldade das tarefas académicas, se necessário	
Aumentar o grau de atratividade das tarefas académicas (cores, tipo de letra)	
Trabalhar de um para um com a criança	
Encontrar uma criança com competência para ajudar esta a terminar as suas tarefas	
Pedir a esta criança que ajude os colegas com menos competências, nas suas tarefas	
Organizar atividades com a criança para aumentar a sua autoestima	
Ensinar a criança tendo em conta o seu estilo de aprendizagem	
Promover o ensino autodirigido	
Providenciar aconselhamento	
Ensinar à criança comportamento adequados e permitir que esta os treine	
Mostrar cuidado, carinho e atenção para com a criança	
Não tomo atitudes, pois a criança não tem qualquer necessidade e não está a fazer nada de mal	

Muito Obrigado pela Colaboração.

Anexo E

Questionário 5 – Ideias, Atitudes e Sentimentos Face à PHDA

Questionário traduzido e adaptado por Ana Marques, 2013. Baseado no “Beliefs Regarding ADHD” de Julie Kos (2004), parte integrante da tese de doutoramento intitulada: “Primary school teachers' knowledge, attitudes and behaviors toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder”, não publicada.

Este questionário tem como objetivo avaliar as, ideias, atitudes e sentimentos dos professores relativamente à Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção (PHDA).

Numa escala de 0 a 10, indique o seu grau de concordância a respeito das afirmações que se encontram na lista abaixo. Para isso, coloque uma cruz no algarismo que considera que melhor representa a sua opinião e grau de acordo com a mesma. A graduação é crescente e como tal o nível 0 refere-se a “Discordo Totalmente”, enquanto que o nível 10 representa “Concordo Plenamente”. Exemplo:

Ex:	Gosto de lecionar aos meus alunos	Discordo totalmente	Concordo plenamente									
		0	1	2	x3	4	5	6	7	8	9	10

5.1	A PHDA é um diagnóstico válido.	Discordo totalmente	Concordo plenamente									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.2	A PHDA é uma desculpa para o mau comportamento da criança.	Discordo totalmente	Concordo plenamente									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3	A PHDA é diagnosticada de forma exagerada nas crianças.	Discordo totalmente	Concordo plenamente									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.4	A PHDA é uma perturbação comportamental que não deveria ser tratada com medicação.	Discordo totalmente	Concordo plenamente									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.5 Todas as crianças com PHDA deveriam ser sujeitas a medicação.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.6 Medicamentos como o Rubifen® e Ritalina® deveriam ser utilizados como último recurso.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.7 A PHDA é um problema educacionalmente legítimo.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.8 Ter uma criança com uma PHDA na minha sala interferiria negativamente com o meu ensino.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.9 Sentir-me-ia frustrado se tivesse que ensinar uma criança com PHDA

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.10 As crianças pequenas com diagnóstico de PHDA devem ser educadas de forma mais permissiva do que as mais velhas.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.11 As crianças com PHDA devem ser ensinadas por professores de ensino especial.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.12 Preferiria ensinar uma criança irrequieta do que uma desatenta.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.13 A maioria das crianças com PHDA não perturbam muito a sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.14 As crianças com PHDA não deveriam estar inseridas no ensino regular.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.15 O tempo extra que os professores dedicam às crianças com PHDA é sempre “à custa” do tempo dedicado aos estudantes sem PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.16 Os outros estudantes não aprendem como deveriam por terem alunos com PHDA na mesma sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.17 Não podemos ter as mesmas expectativas de crianças com PHDA comparativamente com as restantes crianças (sem PHDA).

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.18 As crianças com PHDA poderiam controlar o seu comportamento se realmente o desejassem.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.19 As crianças com PHDA comportam-se mal porque são maldosas.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.20 As crianças com PHDA não podem modificar o seu comportamento.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.21 As crianças com PHDA poderiam fazer melhor se se esforçassem mais.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.22 As crianças com PHDA têm pouco controlo na forma como se comportam.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.23 As crianças com PHDA comportam-se mal porque não gostam de cumprir regras.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.24 As crianças com PHDA são tão difíceis de gerir na sala de aula como outra qualquer.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.25 Gerir o comportamento de crianças com PHDA é fácil.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.26 Tenho os instrumentos necessárias(os) para lidar com crianças com PHDA na sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.27 Tenho capacidade para lidar de forma eficaz com crianças com PHDA na sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.28 Sinto-me limitada, sem competências suficientes, para lidar com crianças com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.29 A minha escola deve ter diretrizes que regulam a forma como lidar com crianças com PHDA na sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.30 Outros membros da comunidade escolar influenciam a forma como lido com crianças com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.31 A família influencia a forma como lido com crianças com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.32 Considero que a formação poderá influenciar positivamente a eficiência do meu trabalho com alunos com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Caso tenha tido formação em PHDA, responda às seguintes questões:

5.33 A formação permitiu obter ferramentas suficientes para poder trabalhar de forma eficiente com alunos com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.34 Sinto que a formação em PHDA influencia o modo como interajo com os alunos com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.35 Tenho competências suficientes para lidar com a PHDA graças à formação que realizei.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.36 A formação acerca da PHDA é uma mais valia para o produto final do trabalho que realizo com alunos com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.37 Considera que existem outros fatores que levam à obtenção da qualidade do trabalho realizado com alunos com PHDA?

Sim Não

Se respondeu que sim, quais?

- Tempo de serviço
- Experiência com alunos com PHDA
- Família
- Outros: _____

Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo F

Ao Ex.º Senhor Diretor do Agrupamento de
Escolas.....
.....

ASSUNTO: Pedido de autorização para preenchimento de questionários pelos
docentes do Agrupamento.

Eu, Ana Rita Alvarez Marques, docente do Departamento de Educação Especial, a desempenhar funções no Agrupamento de Escolas da Cidadela, venho por este meio solicitar autorização a V. Ex.ª para o preenchimento de questionários aos docentes do Agrupamento. Estes pretendem aferir o que sentem e como agem os professores relativamente aos alunos portadores da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, tendo sido construído no âmbito da preparação da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação (Educação especial: Domínio Cognitivo e Motor) da Escola Superior João de Deus, sob a orientação do Prof. Dr. Horácio Saraiva.

Com os melhores cumprimentos.

Ass: _____

Estoril, 11 de novembro de 2013.

Anexo G

Através deste anexo é possível consultar possíveis justificações da veracidade e falsidade das questões do questionário 3

<p>1: A maioria dos estudos epidemiológicos refere que a PHDA ocorre aproximadamente em 15% das crianças em idade escolar.</p>	<p>F</p>	<p>A prevalência da perturbação varia entre os 3% e os 7% das crianças em idade escolar.</p>
<p>2: A investigação atual sugere que a PHDA é genericamente o resultado de estilos parentais ineficazes.</p>	<p>F</p>	<p>Segundo Falardeau (1997) a atitude dos pais não influencia a génese da PHDA. No entanto, os problemas familiares e económicos, aumentam a possibilidade do acréscimo de problemas comportamentais e emocionais à PHDA.</p>
<p>3: As crianças com PHDA distraem-se frequentemente com estímulos externos.</p>	<p>V</p>	<p>As crianças com PHDA <i>“estão sujeitas a todos os estímulos exteriores, assim como os seus impulsos internos”</i> (Schweizer & Prekop, 1997, cit. por Gomes, 2010).</p>
<p>4: As crianças com PHDA são tipicamente mais colaborantes com os seus pais do que com as suas mães.</p>	<p>V</p>	<p>As mães parecem ter mais problemas com crianças PHDA, enquanto os pais parecem ter menos problemas. Uma razão pode ser o fato de que os pais são mais firmes na disciplina das crianças (Barkley, 1998).</p>
<p>5: De forma a diagnosticar uma PHDA, os sintomas devem existir na vida da criança antes dos 7 anos de idade.</p>	<p>V</p>	<p>Os sintomas surgem frequentemente durante a infância, normalmente antes dos 7 anos de idade (in, http://hiperactividade.portalpsi.net/diagnostico.htm).</p>
<p>6: A PHDA é mais frequente em parentes biológicos 1º grau (ex: mãe, pai).</p>	<p>V</p>	<p>Estudos revelam que 20% a 30% dos pais das crianças hiperativas manifestam comportamentos igualmente hiperativos durante a sua infância (Villar, 1998, cit. por Ribeiro, 2011). Segundo um estudo realizado por Goodman e Stevenson (1989, cit. por Ribeiro, 2011) concluí-se que a hereditariedade relativamente à hiperatividade, situa-se entre 30 a 50%, o que significa que os fatores genéticos têm um papel significativo na perturbação.</p>
<p>7: Um dos sintomas da PHDA é “ser cruel fisicamente para outras pessoas”.</p>	<p>F</p>	<p>A agressividade física é um sintoma que está associado ao transtorno de conduta que é frequentemente comórbida com PHDA (DSM-IV-TR, 2002). No entanto não é um dos sintomas de PHDA.</p>

<p>8: A medicação anti depressiva é utilizada com eficácia na redução de sintomas de PHDA em muitas crianças.</p>	<p>V</p>	<p>A medicação contribui de uma forma generalizada para melhorias significativas dos comportamentos agitados e disruptivos das crianças com PHDA.</p>
<p>9: As crianças com PHDA são irrequietas, por norma, quando sentadas no seu lugar.</p>	<p>V</p>	<p>Segundo Schweizer & Prekop (1997,cit. por Gomes, 2010), uma criança hiperativa dentro da sala caracteriza-se pela incapacidade de ficarem sentadas calmamente no seu lugar.</p>
<p>10: O treino parental e a intervenção do professor são geralmente eficazes quando combinadas com a medicação específica.</p>	<p>V</p>	<p>A eficácia no tratamento interventivo só é possível se houver uma conjugação de esforços e empenhamentos por parte da família e da equipa multidisciplinar devidamente preparada para o efeito. No entanto, Garcia (2001) aponta que vários especialistas concluíram que as técnicas cognitivas – comportamentais produzem melhores resultados no tratamento do PHDA, quando combinadas com o tratamento farmacológico, contribuindo para uma maior interiorização das normas, planificação das tarefas e autocontrolo.</p>
<p>11 É comum que as crianças com PHDA apresentem uma autoestima sobrevalorizada e com mania de grandiosidade.</p>	<p>F</p>	<p>As crianças que sofrem de PHDA estão por norma insatisfeitas e descontentes com a sua atividade, sendo muitas vezes incapazes de terminar uma tarefa. As suas atitudes críticas e desdenhosas perante os outros é a forma de mascarar um complexo de inferioridade (Selikowitz, 2009).</p>
<p>12: É raro existir uma recaída quando termina o tratamento de uma criança com PHDA, ao nível dos sintomas.</p>	<p>F</p>	<p>A PHDA não tem cura. O objetivo do tratamento deverá ser ajudar a compensar a sua maneira de controlar os problemas e não curar esta doença (DuPaul et al., 2003 cit. por Kleyhans, 2005).</p>
<p>13. É possível diagnosticar a PHDA no adulto.</p>	<p>V</p>	<p>Alguns indivíduos são diagnosticados de PHDA vários anos depois dos sintomas se terem manifestado. Estudos afirmam que a taxa de prevalência para todos os subtipos de ADHD entre os adultos é de 4,7%.</p>

<p>14. Frequentemente, as crianças com PHDA têm uma história pessoal de roubar e destruir objetos dos outros.</p>	<p>F</p>	<p>Roubar ou destruir as coisas dos outros são sintomas de uma conduta desordeira e não de PHDA (DSM-IV TR, 2002). Uma conduta desordeira pode ocorrer em simultâneo com PHDA mas pode ocorrer sem PHDA (Barkley 1998).</p>
<p>15: Os efeitos secundários da administração de medicamentos para a PHDA pode incluir uma ligeira insónia e perda de apetite.</p>	<p>V</p>	<p>Segundo Garcia (2001) e Lopes (2003) existem alguns inconvenientes para as crianças na aplicação dos fármacos: falta de apetite, insónias, cefaleias, dores de estômago, tonturas, taquicardia e aumento de tiques nervosos entre outros.</p>
<p>16: O conhecimento actual da PHDA, sugere dois grupos de sintomas: um da desatenção e outro da hiperactividade/impulsividade.</p>	<p>V</p>	<p>Parker (1999) refere crianças excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras claramente desatentas.</p>
<p>17. Sintomas de depressão são mais frequentemente detectados em crianças com PHDA do que em crianças sem PHDA.</p>	<p>V</p>	<p>Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com ADHD do que em crianças normais (Barkley, 1998).</p>
<p>18: A psicoterapia individual é geralmente suficiente para a intervenção com crianças com PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>Para a obtenção de um bom diagnóstico e de um tratamento adequado o trabalho multidisciplinar é fundamental.</p>
<p>19: Na maioria das crianças com PHDA, os sintomas desaparecem na adolescência e subsequencialmente passa a existir um funcionamento adequado na idade adulta.</p>	<p>F</p>	<p>25 % das crianças hiperativas evoluem positivamente, chegando à adolescência e à vida adulta, sem sintomas específicos desta problemática. (Whalen, 1986, cit. por Garcia, 2001).</p>

<p>20: Se a medicação específica for prescrita, intervenções a nível educacionais passam a ser desnecessárias.</p>	<p>F</p>	<p>Para a obtenção de um bom diagnóstico e de um tratamento adequado o trabalho multidisciplinar é fundamental.</p>
<p>21: Para um diagnóstico de PHDA a criança deve exibir sintomas em mais do que um contexto de vida (por ex: casa e escola).</p>	<p>V</p>	<p>Segundo Parker (1999) a interferência dos sintomas tem que se fazer sentir em dois ou mais contextos e devem existir provas de interferência no funcionamento social, académico ou ocupacional.</p>
<p>22. Se a criança com PHDA conseguir manter a atenção em jogos de vídeo ou em programas de televisão por mais do que uma hora, então também será capaz de manter a atenção por pelo menos uma hora na sala de aula ou durante os T.P.C.</p>	<p>F</p>	<p>As dificuldades comportamentais observados em crianças com PHDA podem frequentemente ser reduzidas quando tarefas novas e interessantes são apresentadas, especialmente quando a tarefa é fácil ou repetitiva (Greene, 1995; Zentall, 1993, citados por Kos, 2004), e quando as tarefas são apresentadas à criança a um nível que esta possa entender (DuPaul & Power, 2000, cit. por Kos, 2004).</p>
<p>23: Reduzir o consumo de açúcar e de aditivos alimentares é uma forma eficaz na redução de sintomas de PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>Apesar de muitas teorias defenderem que alguns tipos de açúcar, corantes e conservantes, podem ter relação com a prevalência da PHDA Schardt, (2000 cit. por Kos, 2004) sugere que a terapia nutricional não é um tratamento fiável ou válido para a PHDA.</p>
<p>24: O diagnóstico de PHDA, por si só, é suficiente para a colocação da criança sob medidas de ensino especial.</p>	<p>F</p>	<p>Nem sempre é necessário a colocação de uma criança com PHDA com medidas de ensino especial. Por vezes a aplicação de estratégias por parte dos professores é suficiente para contornar os problemas do aluno.</p>
<p>25: Os remédios estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção na PHDA.</p>	<p>V</p>	<p>Na Intervenção Psicofarmacológica utilizam-se basicamente três tipos de medicamentos: Tranquilizantes, Antidepressivos e Estimulantes (estes últimos são os mais usados pela sua comprovada eficácia).</p>

<p>26: As crianças com PHDA apresentam com frequência dificuldade em organizar as suas tarefas e actividades.</p>	<p>V</p>	<p>As crianças com PHDA têm dificuldades na realização de tarefas que exijam estratégias complexas de solução de problemas e habilidade organizacional (Barkley, 1998).</p>
<p>27: As crianças com PHDA apresentam mais problemas em situações novas (novidade) do que em situações familiares.</p>	<p>F</p>	<p>É curioso que crianças com PHDA mostram menos problemas comportamentais em ambientes não familiares do que em ambientes de família. Não é invulgar encontrar alunos com PHDA que tenham melhor aproveitamento no início do ano escolar. Na realidade, ainda não tiveram tempo para se relacionarem com os novos professores, turma e seus pares (Barkley,1998).</p>
<p>28. Existem traços físicos específicos, que podem ser identificados pelo médico (por exemplo o pediatra) para o diagnóstico definitivo de PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>Os sintomas existentes que identificam a PHDA são principalmente comportamentais.</p>
<p>29. Em crianças de idade escolar a prevalência do diagnóstico de PHDA é semelhante no sexo masculino e feminino.</p>	<p>F</p>	<p>A PHDA afeta com maior frequência os rapazes do que as raparigas, independentemente da idade ou de outras variáveis socio-demográficas Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002) a incidência da PHDA é superior nos rapazes variando de 2 a 9 rapazes para cada rapariga com PHDA.</p>

<p>30: Em crianças muito pequenas (abaixo dos 4 anos), os problemas comportamentais da PHDA (excesso atividade motora, desatenção) são claramente distintos daqueles existentes em crianças, da mesma idade e sem PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>Segundo (Barkley, 1998) os sintomas relacionados com PHDA podem ser vistos como uma “imaturidade comportamental” e por isso é difícil distinguir crianças com ADHD até aos 3 anos de idade.</p>
<p>31: As crianças com PHDA (em comparação com crianças sem PHDA) são mais facilmente identificadas em situação de sala de aula do que em situação de jogo livre.</p>	<p>V</p>	<p>O professor é uma peça fundamental na equipa multidisciplinar que faz o diagnóstico e apoia as crianças com PHDA, (Barkley, 1990, cit. por Scitutto et al., 2000) dada a exposição diária com as crianças numa variedade de situações clinicamente relevantes (Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992 cit. por Scitutto et al., 2000).</p>
<p>32. A maioria das crianças com PHDA apresenta algum tipo de dificuldade de prestação académica durante a idade escolar.</p>	<p>V</p>	<p>Elas têm muitas dificuldades na escola (Pfiffner & Barkley, 1990, cit. por Kos, 2004). Como consequência, o desempenho académico destes alunos é baixo.</p>
<p>33: Os sintomas de PHDA são também frequentemente observados em crianças sem PHDA provenientes de ambientes familiares caóticos e pouco adequados.</p>	<p>V</p>	<p>Segundo Falardeau (1997) a atitude dos pais não influencia a génese da PHDA. No entanto, os problemas familiares e económicos, aumentam a possibilidade do acréscimo de problemas comportamentais e emocionais à PHDA.</p>
<p>34: As intervenções Comportamentais/Psicológicas para as crianças com PHDA, têm como principal objectivo a melhoria da atenção/concentração.</p>	<p>F</p>	<p>O cognitivo-comportamental, usa programas de treino das competências sociais e cognitivas através de técnicas de relaxamento, autoinstruções e manuseamento das “consequências ambientais”, de modo a diminuir as condutas problemáticas, melhorar o comportamento social e os resultados académicos.</p>

<p>35: A terapia eletroconvulsiva (tratamento por choques eléctricos) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>Na terapia utilizam-se três modelos de estratégias: Farmacológico, cognitivo-comportamental e combinado. Nenhuma delas inclui terapias electroconvulsivas.</p>
<p>36: Crianças com PHDA têm como características a impulsividade e falta de atenção.</p>	<p>V</p>	<p>O PHDA apresenta três características fundamentais: Défice de Atenção; Hiperatividade e Impulsividade.</p>
<p>37: PHDA é causada por excesso de açúcar na alimentação.</p>	<p>F</p>	<p>A causa da PHDA é desconhecida. É falso o juízo que os sintomas de PHDA são causados por mudanças dietéticas (Schiutto e al, 2000).</p>
<p>38: Uma criança que não é hiperativa, mas tem dificuldades em manter a atenção, tem PHDA.</p>	<p>V</p>	<p>Parker (1999) refere crianças excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras claramente desatentas e outras ainda, que apresentam uma combinação das três características.</p>
<p>39: Todas as crianças com PHDA são hiperativas.</p>	<p>F</p>	<p>Parker (1999) refere crianças excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras claramente desatentas e outras ainda, que apresentam uma combinação das três características.</p>
<p>40: Existem subtipos de PHDA.</p>	<p>V</p>	<p>De acordo com as três características fundamentais do PHDA, surgem os subtipos da PHDA segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002).</p>
<p>41: PHDA é frequentemente causado por aditivos alimentares.</p>	<p>F</p>	<p>A causa da PHDA é desconhecida. Apesar de muitas teorias defenderem que alguns tipos de açúcar, corantes e conservantes, podem ter relação com a prevalência da PHDA, Schardt, (2000, cit. por Kos, 2004) sugere que a terapia nutricional não é um tratamento fiável ou válido para a PHDA. Em geral, é falso o juízo que os sintomas de PHDA são causados ou modificados por mudanças dietéticas (Sciutto et al., 2000).</p>

<p>42: Uma criança com PHDA necessita sempre de um ambiente calmo para se concentrar.</p>	<p>F</p>	<p>Os docentes podem ajudar a criança a modificar o seu comportamento, através da alteração da sala de aula e do seu ambiente, bem como no reajustamento dos conteúdos programáticos e apostando na presença de um tutor. Quanto mais dinâmica for a aula, mais o aluno hiperativo estará concentrado (Falardeau,1997).</p>
<p>43: Crianças com PHDA são geralmente provenientes de famílias monoparentais.</p>	<p>F</p>	<p>Segundo Falardeau (1997) a atitude dos pais não influencia a génese da PHDA. No entanto, os problemas familiares e económicos, como a pobreza e o desemprego, aumentam a possibilidade do acréscimo de problemas comportamentais e emocionais à PHDA.</p>
<p>44: As dietas não beneficiam o tratamento de crianças com PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>As vitaminas A, E, B12 e B6 podem ajudar a diminuir os níveis de atividade em crianças com PHDA. Além disso, o ferro, o magnésio e o zinco também têm demonstrado serem eficientes no tratamento de hiperatividade em crianças. No entanto, as investigações sobre o efeito de suplementos dietéticos em crianças com PHDA demonstram ter efeitos mínimos nos sintomas de PHDA (Kos, 2004).</p>
<p>45: A medicação é uma cura para o PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>Não existe cura para a PHDA. Para a obtenção de um bom diagnóstico e de um tratamento adequado o trabalho multidisciplinar é fundamental.</p>
<p>46: A causa da PHDA é desconhecida.</p>	<p>V</p>	<p>Ainda hoje as causas da PHDA não são totalmente conhecidas, apesar de se conhecer a existência de alterações neurológicas.</p>
<p>47: Se uma criança consegue jogar <i>Nintendo</i> por muitas horas, então é provável não ter PHDA.</p>	<p>F</p>	<p>As dificuldades comportamentais observados em crianças com PHDA podem frequentemente ser reduzidas quando tarefas novas e interessantes são apresentadas, especialmente quando a tarefa é fácil ou repetitiva e quando as tarefas são apresentadas à criança a um nível que esta possa entender (Kos, 2004).</p>