

COMO PERCECIONAM OS DOCENTES A PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

**Estudo a Docentes do 1º Ciclo do Ensino
Básico**

Cláudia Susana Albino Alves Saraiva

Dissertação destinada à obtenção do grau de Mestre em Necessidades
Educativas Especiais – Cognição e Motricidade
novembro de 2015



Instituto Superior de Educação e Ciências

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Escola de Educação

Dissertação destinada à obtenção do grau de Mestre em Necessidades
Educativas Especiais – Cognição e Motricidade

**COMO PERCECIONAM OS DOCENTES A PERTURBAÇÃO DE
HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO**

ESTUDO A DOCENTES DO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Autora: **Cláudia Susana Albino Alves Saraiva**

Orientador: **Professor Doutor Nuno Mateus**

novembro de 2015

Não param quietas, mexem em tudo, desafiam os perigos, não obedecem a ninguém, saltam, pulam, correm sem que nada nem ninguém as faça parar, têm energia a mais, não conhecem limites e estão permanentemente a desafiar os perigos. (Garcia, 2001)

Lista de Abreviaturas

APCH – Associação Portuguesa da Criança Hiperativa
CERCIS – Cooperativas de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIF OMS – Classificação Internacional de Funcionalidade da Organização Mundial de Saúde
CNE – Conselho Nacional de Educação
CRI – Centros de Recursos para a Inclusão
DGIDC – Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria
EB – Ensino Básico
ECAE – Equipas de Coordenação dos Apoios Educacionais
EE – Educação Especial
Enc. Ed. – Encarregados de Educação
EPT – Educação para Todos
EUA – Estados Unidos da América
ISEC – Instituto de Educação e Ciências
LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo
NEE – Necessidades Educativas Especiais
ONU – Organização das Nações Unidas
PE – Programa Educativo
PEI - Programa Educativo Individual
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PIT – Plano Individual de Transição
SNS – Sistema Nervoso Central
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é a problemática infantil mais diagnosticada e que maior desafio coloca aos docentes, contudo o conhecimento destes sobre a perturbação não tem vindo a ser suficiente para corresponder às diferentes necessidades educativas.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo conhecer quais as estratégias e terapias que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico (EB) consideram mais adequadas utilizar nos alunos com PHDA.

Este estudo é contemplado por uma metodologia qualitativa, pois é um estudo de caso visto abranger os docentes do 1º Ciclo do EB sobre a PHDA e por uma metodologia quantitativa, porque o instrumento de recolha de dados utilizado é o inquérito por questionário, criado a partir dos três objetivos específicos e das seis perguntas orientadoras. O instrumento de recolha de dados foi sujeito a tratamento estatístico, perfazendo cento e vinte e dois inquiridos.

Na discussão dos resultados verifica-se que os docentes inquiridos têm conhecimento da existência da problemática, mas os seus conhecimentos ainda são insuficientes. Denota-se que as características comuns são a hiperatividade e o défice de atenção, levando os docentes a percecionarem apoios na psicoterapia e através do psicólogo. Estes consideram que a PHDA é causada, principalmente, pelos fatores genéticos e neurológicos. Nas práticas educativas, privilegiam estratégias inclusivas diversificadas, junto dos alunos com a problemática, de modo a conduzi-los para o sucesso, com o auxílio da medicação, sendo a terapia considerada mais adequada.

Será recomendável promover uma formação adequada aos docentes, de modo a fomentar uma intervenção mais adaptada e que promova o sucesso escolar.

Palavras-chave

PHDA, docentes do 1º Ciclo do EB, perceções dos docentes do 1º Ciclo do EB, estratégias inclusivas de intervenção pedagógica e intervenção terapêutica

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most diagnosed childhood difficulty putting the greater challenge for teachers. However, their knowledge about this disorder has not been enough to correspond the different educational needs.

The present study aims to know what are the strategies and treatments that teachers from Cycle 1 of Basic Education (Grade 1 to 4) considered most suitable to implement in students with ADHD.

In this study we used a qualitative methodology, since it is a case study about ADHD comprising teachers from Cycle 1 of Basic Education. We also we used a quantitative methodology because data collection instrument used is the survey, created from the three specific objectives and the six guiding questions. The data collection instrument was subjected to statistical analysis, making two and twenty cent and respondents.

The results showed that respondents teachers are aware of the existence of the problem, but their knowledge is not enough. It is denoted that the known common features are hyperactivity and attention deficit, leading teachers to fit the support in psychotherapy and through the psychologist. Teachers also consider that ADHD is mainly caused by genetic and neurological factors. In educational practices, they favor the use of several inclusive strategies, among students with ADHD disorder in order to lead them to success, with the help of medication, this latter being regarded as the most effective therapy. Our study suggests that it is necessary to promote proper training for teachers in order to encourage a more tailored intervention that promotes academic success.

Keywords

ADHD, teachers from Cycle 1 of Basic Education, conceptions from teachers from Cycle 1 of Basic Education, inclusive strategies of therapeutic and educational intervention.

Dedicatória

Dedico a todas as crianças que apresentam PHDA, pois necessitam de compreensão e ajuda de vários intervenientes (família, docentes, médicos, colegas, terapeutas...), de forma a poderem ultrapassar as suas dificuldades e conseguirem a inclusão/integração na sociedade.

Dedico a todos os docentes do 1º Ciclo do EB por auxiliarem e utilizarem todas as suas práticas e estratégias diversificadas, com estas crianças, com o intuito de melhorarem o sucesso e a aprendizagem escolares.

Agradecimentos

Este estudo não estaria concluído sem a prestação da minha profunda gratidão a todos os que contribuíram para a execução do mesmo.

Agradeço ao Professor Doutor Nuno Mateus pela sua orientação, disponibilidade, estímulo, apoio e incentivo constantes e incondicionais.

Ao Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC) e em especial a todos os docentes que ministraram o Mestrado de Necessidades Educativas Especiais (NEE) – Motricidade e Cognição, o meu sincero obrigada pela competência, disponibilidade e dedicação demonstradas em todas as aulas.

Agradeço à minha grande amiga, Teresa Rodrigues, pela sua amizade, carinho e paciência demonstradas em todos os momentos, especialmente os mais difíceis.

O meu agradecimento a todos os docentes do 1º Ciclo do EB que participaram na recolha de dados, ou seja, no inquérito por questionário, pois sem eles este estudo não seria possível realizar.

Agradeço ao meu marido, Tiago Ribeiro, aos meus pais e irmãos, todo o ânimo partilhado e por mim reconhecido, acima de tudo eles são a minha vida.

Um especial agradecimento aos meus dois sobrinhos por todos os seus sorrisos, beijinhos e carinhos, alegrando-me cada dia da minha vida e dando alento à concretização e finalização do estudo.

A todos, e sem exceção, digo-vos que não encontro uma palavra que defina o que sinto por vós. Obrigada pela marca que deixam na minha vida!

Bem-haja!

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

Índice Geral

Lista de Abreviaturas	IV
Resumo.....	V
Abstract	VI
Dedicatória	VII
Agradecimentos	VIII
Índice Geral	IX
Índice de Figuras.....	XI
Índice de Tabelas	XII
Introdução.....	1
Capítulo I. Estado da Arte/Enquadramento Teórico.....	4
1. Escola Inclusiva.....	4
2. Conceito de Necessidades Educativas Especiais	7
3. Legislação das Necessidades Educativas Especiais	8
4. Evolução da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	13
5. Definição do Conceito	17
6. Prevalência do Conceito	21
7. Comorbilidades do Conceito.....	23
8. Causas do Conceito	29
9. Critérios de Diagnóstico	32
9.1. Apresentação predominantemente de desatenção.....	34
9.2. Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade.	36
9.3. Apresentação combinada.....	40
10. Intervenção Terapêutica.....	40
10.1. Intervenção psicossocial.....	43
10.2. Intervenção cognitivo-comportamental.....	47
10.3. Intervenção farmacológica.	48
11. O Papel do Docente no Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	51
12. Perceções dos Docentes	53
Capítulo II. Enquadramento Empírico	56
1. Metodologia	56

2. Design	58
3. Situação Problema	61
4. Pergunta de Partida	63
5. Perguntas Orientadoras	64
6. Objetivos Geral e Específicos	66
7. População/Amostra	67
7.1. Caracterização dos sujeitos da amostra	68
8. Instrumentos de Recolha de Dados	71
9. Procedimentos	75
Capítulo III	78
1. Apresentação dos Dados	78
2. Análise e Discussão dos Dados	96
3. Considerações Finais	112
3.1. Recomendações	115
4. Limitações do Estudo	116
5. Linhas Futuras de Investigação	117
Bibliografia	118
Web Grafia	128
Apêndice	I
1. Apêndice I – Inquérito por Questionário (Pré-teste)	I
2. Apêndice II – Inquérito por questionário (Versão Final)	VII

Índice de Figuras

Figura 1 - Género da Amostra	68
Figura 2 - Idade da Amostra.....	68
Figura 3 - Habilitações Literárias da Amostra	69
Figura 4 - Tempo de Serviço da Amostra	70
Figura 5 - Ano Escolar que leciona a Amostra	70
Figura 6 - Alunos por Turma da Amostra.....	71
Figura 7 - Apoio para combater as Dificuldades.....	79
Figura 8 - Quem prestou o Apoio	79
Figura 9 - Conhecimento da Problemática da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	80
Figura 10 - Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	81
Figura 11 - Carácter da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	81
Figura 12 - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	82
Figura 13 - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção de cada Docente	83
Figura 14 - Áreas de Dificuldade dos Alunos	83
Figura 15 - Formação em Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	84
Figura 16 - Tipo de Formação	85
Figura 17 - Dificuldades sentidas pela Amostra.....	86
Figura 18 - Tipos de Apoio	89
Figura 19 - Causas da PHDA	90
Figura 20 - Terapias para a PHDA	93

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características na PHDA	86
Tabela 2 - Estratégias de Intervenção em Contexto Escolar	90
Tabela 3 - Intervenção dos Docentes em Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	94

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” (García, 2001, p. 13).

De acordo com a frase do autor, argumenta-se que numa sala de aula existem crianças com vários tipos de comportamento, nomeadamente: apáticas, desatentas e desligadas, misturando-se com outras que se movimentam sistematicamente, que se distraem com qualquer objeto e que mostram relutância em permanecer sentadas e em controlar os impulsos sem pensarem nas consequências dos seus atos. Como tal, está-se na presença de crianças perturbadoras, agressivas e abusivas em momentos sociais (DuPaul & Stoner, 2007). Através destes comportamentos, verifica-se que estas originam dificuldades na socialização com os seus pares, levando a situações conflituosas. Assim sendo, é necessário averiguar que se está na presença de alunos com PHDA, pois existem comportamentos semelhantes a estes, nas crianças com e sem a perturbação. Deste modo, constata-se a necessidade de visar uma variedade de estratégias pedagógicas, com o objetivo de promover o sucesso escolar. Com este tipo de abordagem irá potenciar-se a prevenção de problemas, na área dos comportamentos desadequados (DuPaul & Stoner, 2007).

A partir destas observações, é verificável que a PHDA é um problema existente no qual os docentes requerem atenção e cuidado, pois pode trazer consequências negativas, no caso de não serem trabalhadas, ao aproveitamento da turma e dos alunos em particular. A importância do docente é reconhecida através do domínio dos meios e processos de ensinar os seus alunos com a perturbação, assim como nas condições criadas para potenciar a igualdade de oportunidades na educação e na aprendizagem. A principal estratégia deve ser o conhecimento e respeito das necessidades e características do aluno, de forma a fornecer-lhe as ferramentas precisas para que ele saiba viver em sociedade autónoma e independentemente (Correia, 1997).

A maioria dos docentes conhece esta problemática pelo seu nome, mas nem sempre associa-o aos problemas inerentes, existindo conceitos errados acerca da PHDA. (Sciutto, Terjensen & Frank, 2000). Constata-se que a maioria da formação de docentes não fornece informação sobre a temática, como tal, estes terão que procurar formação

adicional, com o intuito de adquirirem conhecimento para alcançarem um maior sucesso educativo.

Através do presente estudo, verificou-se a necessidade de alargar e aprofundar o conhecimento e as percepções dos docentes do 1º Ciclo do EB acerca do tema. Assim sendo, o presente estudo está dividido em três capítulos, em que o primeiro inicia-se com o estado da arte/enquadramento teórico, através de uma pesquisa na literatura, quer ao nível da problemática, quer ao nível da terapêutica, de forma a estabelecer uma relação com as práticas educativas e com as percepções dos docentes.

O segundo capítulo refere-se ao enquadramento empírico, relativamente à metodologia adotada, ao design, à situação problema, à pergunta de partida, às perguntas orientadoras, aos objetivos, geral e específicos, à caracterização dos sujeitos da amostra, ao instrumento de recolha de dados e aos procedimentos. Neste sentido a pergunta de partida é: **como percebem os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?** A partir desta pergunta de partida define-se o objetivo geral e os objetivos específicos. O objetivo geral é: **conhecer quais as estratégias e terapias que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram mais adequadas utilizar nos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção** e os objetivos específicos são: **compreender as percepções dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico relativas às características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, identificar as estratégias utilizadas pelos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico para captarem a atenção, a concentração e melhorarem o comportamento dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e identificar a percepção dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico sobre as terapias adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.**

A técnica utilizada para a recolha de dados é o inquérito por questionário, construído a partir dos objetivos específicos e das perguntas orientadoras. Sendo elas: **quais os conhecimentos que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, quais as percepções que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre as características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, quais os tipos de apoio que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram adequados para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, para os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, quais as causas resultantes da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, quais as estratégias inclusivas que os docentes de 1º Ciclo do Ensino Básico**

utilizam, habitualmente, para melhorarem o comportamento, a atenção e a concentração dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e quais as terapias de intervenção que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico reconhecem como adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Através deste instrumento de recolha de dados, é possível compreender se as perceções dos docentes de 1º Ciclo do EB são benéficas para a consolidação dos conhecimentos sobre a PHDA. Assim sendo, torna-se necessário verificar o grau de conhecimento e as práticas educativas dos docentes.

No terceiro capítulo fundamenta-se a apresentação, análise e discussão dos dados, as considerações finais, as recomendações, as limitações do estudo e as linhas futuras de investigação. Após a finalização do terceiro capítulo surge a bibliografia, a web grafia e os apêndices relativos ao instrumento de recolha de dados (pré-teste e versão final). A amostragem recolhida através do instrumento de recolha de dados é constituída por cento e vinte e dois docentes do 1º Ciclo do EB a exercer funções.

Ao analisar-se as perceções dos docentes relativamente à perturbação do presente estudo, é possível deparar-se com nas estratégias eficazes para trabalhar com os alunos que apresentam PHDA. Por conseguinte, a pertinência do presente estudo refere as perceções dos docentes do 1º Ciclo do EB face à PHDA.

Capítulo I. Estado da Arte/Enquadramento Teórico

1. Escola Inclusiva

O conceito de escola inclusiva é conseguir dar resposta educativa a todos os alunos, independentemente do sexo, cor, origem, religião, condição física, social ou intelectual, colocando o problema da gestão da diferença como uma base de trabalho (Rodrigues, 2001).

“Escola inclusiva é uma escola onde se celebra a diversidade, encarando-a como uma riqueza e não algo a evitar, em que as complementaridades das características de cada um permitem avançar em vez de serem vistas como ameaçadoras ou como um perigo que põe em risco a nossa própria integridade apenas porque ela é culturalmente diversa da do grupo que temos como parceiro social” (Rodrigues, 2001, p. 137).

A escola inclusiva procura “promover a cultura de escola e de sala de aula que adote a diversidade como lema e que tenha como objetivo primeiro o desenvolvimento global dos alunos” (Correia, 2003, p. 125). Para o autor, uma escola inclusiva é formada de acordo com o respeito e encorajamento de todos os alunos aprenderem até ao limite das suas capacidades. A definição de escola inclusiva é abrangente e complexa porque assenta numa nova forma de perspetivar a educação, sendo entendida como um movimento de mudança à diversidade humana. A inclusão é um princípio fundamental intrínseco ao exercício da cidadania, promovendo a coesão e o desenvolvimento da sociedade (Ainscow & Ferreira, 2003).

Através da escola inclusiva, todos os alunos estão na escola para aprender de forma a participarem. Pode afirmar-se que a presença física na escola e no grupo por parte da criança indica que, esta, pertence à escola e, como tal a escola tem responsabilidade com o seu aluno. Foi na Conferência de Salamanca que sugeriram uma educação para todos. Pois, a escola inclusiva é promotora do sucesso de todos os alunos e de cada um em particular, porque assenta nos princípios dos direitos de igualdade de oportunidades. Considera-se que um dos aspetos mais importantes para uma educação inclusiva é a possibilidade de se poder trabalhar em equipas interdisciplinares, multidisciplinares, transdisciplinares e de parcerias formadas na base da confiança, da colaboração e da reciprocidade, para assim haver um processo de mudança, promover o desenvolvimento e favorecer a diversidade. Uma escola para ser democrática deve elaborar o seu projeto educativo no suporte de uma organização escolar acolhedora, em direção à inovação e à

comunidade escolar que respeita e responde a todos os alunos, face às suas necessidades específicas. O conceito de inclusão surgiu de forma a incluir as crianças e jovens com NEE nas estruturas educativas destinadas a todos os alunos. A inclusão surge com o intuito de inserir a criança com NEE na sala de aula do ensino regular. Mas para isto ser possível, é necessário haver apoios adequados para que o atendimento, a estes alunos, seja eficaz (Correia, 2007). O autor defende que a inclusão deve permitir a formação de vários níveis:

- Inclusão Total – este tipo de inclusão foi criado para que os alunos com NEE ligeiras ou moderadas recebam os serviços educacionais iguais às outras crianças;
- Inclusão Moderada – relativamente a este tipo de inclusão, afirma-se que os alunos com NEE moderadas e severas podem requerer práticas singulares, mas devem ser elaboradas exteriormente à sala de aula;
- Inclusão Limitada – este tipo de inclusão aplica-se a alunos com NEE severas, pois exigem receber serviços educacionais exteriores à sala de aula.

Uma inclusão progressiva, mesmo parecendo contra o princípio da escola inclusiva, constata-se que é uma das melhores respostas para os alunos com perturbações complexas. Isto porque, necessitam de meios e de apoios que a escola do ensino regular não consegue fornecer, por falta de recursos humanos e materiais.

A Organização das Nações Unidas indica, no artigo vinte e seis da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que “Todos têm direito à educação.... A educação deve ser direcionada para o contemlo desenvolvimento da personalidade humana e o fortalecimento do respeito dos direitos humanos e liberdades fundamentais” (ONU, 1948, p. 5). A inclusão deve ser flexível, pois a permanência a tempo inteiro na sala de aula do regular pode não ser a modalidade com mais eficácia (Correia & Cabral, 1999). A inclusão é considerada mais do que um juízo de valor, servindo como forma de melhorar a qualidade de vida e onde a educação pode desempenhar um papel fundamental ao fornecer as mesmas oportunidades e meios para todos (Correia, 2003). Assim sendo, a inclusão deve dar opções, dar lugar, oferecer recursos e melhorar as opções educativas em resposta das necessidades de cada indivíduo, sem permitir exclusão. “O princípio da inclusão só pode ter sucesso se, em primeiro lugar, os cidadãos o compreenderem e o aceitarem como um princípio cujas vantagens que a todos beneficia” (Fernandes, 2002, p. 28). A inclusão foi impulsionada pela Conferência Mundial sobre Educação para Todos (EPT), realizada em março de 1990 em Jomtien na Tailândia, onde foi aprovada a Declaração Mundial sobre EPT: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem

(Baptista, 2011). “A Conferência de Jomtien e a declaração aprovada retomam o espírito, a amplitude e os termos da Declaração Universal dos Direitos Humanos” (Baptista, 2011, p. 58). De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura começou a haver um maior número de adeptos deste movimento (investigadores, educadores e entidades oficiais), a partir de junho de 1994 com a Conferência Mundial sobre NEE: acesso e qualidade, efetuada em Salamanca (UNESCO, 1994). Assim sendo, verificou-se uma mudança da escola integrativa para a escola inclusiva. Nesta conferência foi adotado a Declaração de Salamanca através dos princípios, da política, das práticas na área das NEE e de um enquadramento da ação. O conceito de escola inclusiva é reforçada pelos princípios e objetivos definidos (UNESCO, 1994). Sendo que:

“O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de EPT, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades...” (UNESCO, 1994, p. 5).

“Esta Declaração e o Plano para Ação que a acompanha, é, indubitavelmente, o mais significativo documento internacional que algum dia apareceu em Educação Especial (EE)” (UNESCO, 1994, p. 6). Pois, assim, consegue-se combater as atitudes discriminatórias, à medida que se constrói uma sociedade inclusiva.

Atualmente, a fase da inclusão que se vive, teve início na segunda metade da década de oitenta (Correia, 1997). Esta fase surgiu para adaptar o sistema escolar às necessidades de todos os alunos. Assim sendo, a inclusão foi criada para se formar apenas um único sistema educacional de qualidade para todos os alunos, que apresentem ou não dificuldades e tipos de condição atípica. Para o autor, a inclusão baseia-se nos princípios da aceitação das diferenças individuais (como um atributo e não um obstáculo), a valorização da diversidade humana pela sua importância para o enriquecimento de todas as pessoas, o direito de pertencer à comunidade escolar e apresentar um valor igual ao de todos os outros alunos. Importa ressaltar que a educação inclusiva não depende apenas da capacidade do sistema escolar [diretores, docentes, encarregados de educação (Enc. Ed.) e outros] e em procurar respostas para os alunos diferentes das turmas, como também da satisfação de nenhum aluno ser excluído por causa da sua necessidade educacional. A inclusão não deve ser extensível a todo o tipo de dificuldades (Correia, 2005). O autor defende que deve existir uma necessidade de institucionalizar casos como:

- crianças com incapacidades graves e complexas que requerem tratamento médico, terapias, educação e outros cuidados;
- crianças com graves dificuldades de aprendizagem por motivos de défices sensoriais;
- crianças com lesões cerebrais e transtornos emocionais e comportamentais graves ou severos que requerem uma atenção educativa contínua e especializada.
- crianças com incapacidades ou desajustes severos, cujos os Enc. Ed. não apresentam condições para lhes prestarem a devida atenção.

A escola inclusiva deve permitir que o aluno com NEE possa desenvolver o seu processo educativo num ambiente não restritivo, mas sim o mais normalizado possível (Correia, 2005). Como tal, o ensino deve ajustar-se às capacidades e particularidades de cada aluno. Atualmente o sistema educativo contempla várias modalidades de escolarização para os alunos com NEE. Tais como:

- escola de integração;
- aulas de EE em escolas de ensino regular;
- escolas de ensino especial.

A escola inclusiva é um direito básico e, por isso, “quando as escolas incluem os alunos, a igualdade é respeitada e promovida como um valor na sociedade com os resultados visíveis da paz social e da cooperação” (Stainback, 1999, p. 27).

2. Conceito de Necessidades Educativas Especiais

As pessoas diferentes começaram a ser encaradas de outro modo, por volta do final dos anos setenta, quando se começou a delinear novas representações da sociedade (Sanches, 2005). O conceito de EE sofreu uma evolução, pois começou a ser definido por um conjunto de adaptações e apoios para o sistema educativo regular, de forma a possibilitar o auxílio dos alunos no seu processo de ensino e aprendizagem (Rodrigues & Nogueira, 2011). A EE poderá ser entendida como um estudo especializado da educação no que diz respeito a pessoas com dificuldades extremas por excesso ou por defeito (Bautista, 1997). A EE é definida como “o estudo das diferenças e semelhanças, o estudo científico da educação das pessoas que pelas suas capacidades ou condições pessoais e ambientais precisam de ajudas e serviços adicionais do que necessitam a maioria para se desenvolver plenamente” (Moltó, 2005, p. 110). A EE deve ser entendida como um

serviço de apoio à educação em geral, estudando de forma global e inclusiva os processos de ensino e aprendizagem, adotando os apoios necessários com a finalidade de lograr o máximo desenvolvimento pessoal e social dos alunos em idade escolar (Monrov, 2003). O conceito de EE esteve sempre associado à diferença, quer dos alunos, quer das atitudes e quer dos métodos utilizados (Lopes, 1997). Este termo é vulgarmente utilizado para caracterizar uma atividade educativa diferente, exercida no sistema educativo geral ou normal. Como tal, “configura-se como a modalidade educativa dedicada àquelas pessoas que não podem seguir transitoriamente ou permanentemente o sistema educativo em condições normais” (Lopes, 2007, p. 34). A EE “é um processo integrador, flexível e dinâmico nas orientações, atividades e atenções, que na sua aplicação individualizada compreende os diferentes níveis e graus nas suas respectivas modalidades e que, os alunos são encaminhados a conseguir a integração social” (Lopes, 1997, p. 34). A modalidade de EE que se atribui aos alunos, em consequência de deficiência, veio alterar-se com o parecer número 3/99 do Conselho Nacional de Educação (CNE). Assim sendo, este conceito é alargado para todos os tipos de dificuldades de aprendizagem.

A EE é vista como “um conjunto de recursos humanos e materiais postos à disposição do sistema educativo, para que este possa responder adequadamente às necessidades que, de forma transitória ou permanente possam apresentar alguns dos alunos” (Bautista, 1997, p. 10). A nova conceptualização de EE significa “uma resposta à diversidade em todas as suas formas e cria um sistema educativo que se adapte a todos” (Strubbs, 2008, p. 24).

3. Legislação das Necessidades Educativas Especiais

A área da EE tem vindo a sofrer modificações, em Portugal, de uma forma rápida e profunda (Rodrigues & Nogueira, 2011). Em 1922 foram feitas, pela primeira vez, medidas de atendimento a crianças com deficiência, sendo que no reinado de D. João VI foi criado por, Freitas Rego, o primeiro instituto de surdos-mudos e cegos (Fernandes, 2004). No ano de 1916 foi criado um instituto chamado de Instituto Médico Pedagógico da Casa Pia de Lisboa, para o trabalho e educação de alunos cegos e surdos, orientado pelo Dr. António Aurélio da Costa Ferreira. Este, como provedor, organizou um Curso de Especialização de docentes surdos. Em 1923, João Camoesas, aprovou na Câmara dos Deputados uma proposta Lei, publicada no Diário da República, nº 151 (II série) de

02/07/1923 (Fernandes, 2004). Essa proposta Lei tinha como objetivo reorganizar a educação nacional com a designação de Projeto Camoesas. Este projeto foi fundamentado e estruturado em vinte e quatro bases com o propósito para a EE. Mas foi em 1941 que, em Portugal, houve uma enorme evolução na educação de alunos com deficiência, aquando a criação de um Curso para docentes de EE em Lisboa. Simultaneamente, criou-se, nas escolas, turmas especiais que continham alunos de vários tipos de deficiência e dificuldades especiais. Assim, como também surgiu, na década de sessenta, associações com a intenção de facultar atendimento a diferentes tipos de dificuldades, sendo elas intelectuais, paralisias cerebrais, surdez ou outras (Rodrigues & Nogueira, 2011). Estas associações surgiram, pois existia uma insuficiência de respostas, por parte do Ministério da Educação, no que dizia respeito ao apoio dos alunos com deficiência.

Segundo a Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) o movimento dos pais com crianças deficientes fez com que se criasse instituições particulares sem fins lucrativos organizadas pelos tipos de deficiência (DGIDC, 2006). Em 1973 foi realizado pelo Ministério da Educação, uma reforma do sistema educativo, em que passou a existir a integração dos alunos de EE nas estruturas do ensino regular. Esta reforma indicava uma divisão da EE e na criação de mais turmas do ensino regular, através da lei n.º 5/73, de 25/07. Após o vinte e cinco de abril de 1974 e a Constituição de 1976, a EE, em Portugal, desenvolveu uma política de educação integrativa com a constituição de equipas de EE, com docentes itinerantes (Costa, 1999). É na Constituição Portuguesa de 1976, nos artigos setenta e um e setenta e quatro, que se estabelece que o EB passa a ser universal, obrigatório e gratuito. Como tal, todas as crianças têm direito a frequentá-lo e a avançar nos seus graus mais elevados. Através destas alterações, consciencializa-se para a necessidade de alterar a EE, levando à criação do Decreto-Lei n.º 174/77, de 02/05, e da Lei n.º 66/79, de 30/03, com o intuito de definir os princípios orientadores da EE. Estes princípios deveriam ser definidos nos objetivos que deviam seguir, como também a organização estrutural que lhes servia de suporte. Esta Lei consegue a concretização de princípios e a organização da EE através de uma rede paralela de instituições organizadas, como Cooperativas de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade (CERCIS) de forma a dar resposta, pedagógica e social, a crianças deficientes. A publicação da Lei de Bases n.º 46/86, de 14/10, veio a estabelecer a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), como um conjunto de meios pelos quais se concretiza o ensino à educação (Madureira & Leite, 2003). A partir desta LBSE pôde integrar-se, definitivamente, a EE no sistema regular de ensino. Os princípios gerais e

organizativos, assim como os objetivos definidos para o ensino regular da LBSE, fundamentam-se numa “filosofia de educação que preconiza a democracia, a igualdade, a autonomia e a solidariedade” (Madureira & Leite, 2003, p. 30). De acordo com esta lei a escolaridade passa a ser obrigatória num período de nove anos. No que diz respeito à EE, surge uma preocupação de assegurar às crianças com NEE condições adequadas, para o seu desenvolvimento, de forma a ter o direito de frequentar os estabelecimentos regulares de ensino. Seguidamente surge o Despacho Conjunto n.º 36/SEAM/SERE/88, de 29/03 em que define a criação de equipas de EE, assim como a Lei n.º 9/89, de 02/05, que determina a prevenção, a reabilitação e a integração dos alunos com NEE.

Na Declaração Mundial sobre a Educação para Todos (EPT), de 09/03/1990, no ponto número cinco do artigo terceiro, surge uma necessidade de se criar medidas para assegurar a igualdade de oportunidades de acesso à educação a todos os alunos com deficiência (Correia, 1999). A 31/03/1990, os Ministros dos países da Comunidade Europeia tomaram a decisão de intensificar as medidas à integração de alunos com deficiência no sistema regular de ensino. Assim sendo, surge o Decreto-lei n.º 319/91, de 23/08, que veio revogar o Decreto-lei n.º 84/78, de 08/08. Este novo Decreto-Lei teve como finalidade “fomentar uma igualdade de igualdades educativas a todas as crianças deficientes; permitir que as NEE correspondam, no âmbito das escolas regulares a intervenções específicas adequadas” (Correia, 1999, p. 29). Este Decreto-Lei “vem preencher uma lacuna legislativa, há muito sentida, no âmbito da EE, atualizando, alargando e precisando o seu campo de ação” (Correia, 1999, p. 29). No Despacho n.º 173/ME/791, de 23/10, os alunos com NEE passaram a ter uma educação baseada numa escola integradora onde se consagrasse a individualização através do Programa Educativo (PE) e do Programa Educativo Individual (PEI) (Rodrigues & Nogueira, 2011). Com este Despacho passou-se a implementar currículos diferenciados, a flexibilizar a avaliação, a reconhecer a importância do envolvimento dos pais na orientação escolar dos filhos e a necessitar de um trabalho de todos os intervenientes no processo educativo da criança. O Decreto-lei n.º 319/91, de 23/08, defende que a educação dos alunos com NEE deve ser desfrutada num ambiente menos restrito possível (Correia, 1999). Ou seja, surge a necessidade de criar uma escola inclusiva, baseada na Declaração Mundial de EPT, na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) e na Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social realizada em Copenhaga (ONU, 1995). O Despacho Conjunto n.º 105/97, de 01/07, entra em vigor com o objetivo de criar uma política educativa mais inclusiva, isto é, passa a existir uma necessidade de haver “uma orientação claramente

inclusiva para a educação portuguesa” (Rodrigues, 2003, p. 90). Para isso, criou-se Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE) para colaborarem com as escolas e docentes de apoio educativo. Estas equipas serviam para promover a articulação entre as escolas, colaborar e apoiar os órgãos de gestão e coordenar pedagogicamente, fazendo a gestão dos recursos especializados de apoio educativo. Salienta-se, também, a necessidade de diferenciação curricular, para responder a todas as necessidades e características de cada aluno, englobando a educação regular e a EE, assim como todos os alunos da turma que apresentassem dificuldades (Rodrigues & Nogueira, 2011). O Despacho Conjunto fez melhorar a escolaridade dos alunos com NEE e diversificar as práticas educativas pedagógicas reconhecendo “as necessidades da escola, dos docentes de ensino regular e da responsabilidade face aos alunos com NEE” (Bairrão, Pereira, Felgueira, Fontes & Vilhena, 1998, p. 60). Através deste Despacho criou-se a figura do professor de apoio educativo para os alunos com NEE (Pereira, 2004). Concluiu-se que a legislação portuguesa do século XX veio criar condições para a inclusão e reformulou o sistema educacional, melhorando a qualidade educativa. Apesar de todas as reformas, os documentos legais não chegam para as NEE, mas sim tem que haver “um novo paradigma de escola organizado em conformidade com um conjunto de valores de respeito, solidariedade e qualidade para todos os alunos” (Rodrigues, 2000, p. 13).

No início do século XXI, o Ministério da Educação preparou uma forma de atuar na EE, contextualizando os princípios da escola inclusiva, mas assente nos valores da igualdade e da pluralidade. Ao reorganizar-se a EE cria-se como referencial teórico a Classificação Internacional de Funcionalidade da Organização Mundial de Saúde (CIF OMS), com o objetivo de identificar as NEE nos alunos, utilizando-a como modelo de avaliação sistémico e ecológico, para uma caracterização dinâmica do aluno e da sua funcionalidade (CIF OMS, 2001). Atualmente existem diversos diplomas legais para a EE, tais como os Despachos n.º 2-1 (SEAE/03), de 29/03, e n.º 8113-A/04, de 22/04. Para a reorganização curricular do EB, em Portugal, em 2001 publicou-se o Decreto-lei n.º 6/01, de 18/08. Neste Decreto-lei surgiu a denominação de NEE de carácter permanente através de três grandes princípios: a diferenciação pedagógica, a adequação de estratégias diversificadas e uma flexibilidade dos percursos de cada aluno. Segundo Rodrigues (2007) o Despacho Conjunto n.º 105/97, de 01/07, sofreu uma reformulação publicando-se o Despacho n.º 10856/05, de 13/05. Neste último, “é referida como função principal dos recursos e apoios educativos especializados, a construção de uma escola inclusiva, promovendo a inclusão socioeducativa dos alunos com NEE” (Rodrigues,

2007, p. 45). No Decreto-lei n.º 20/06, de 31/01, surge a introdução de docentes especializados, no terreno, para darem uma resposta a todas as crianças com NEE. Através de uma consulta pública substituiu-se o Decreto-lei n.º 319/91, de 23/08, pelo Decreto-lei n.º 3/08, de 07/01, com as devidas alterações assinaladas pela Lei n.º 21/08, de 12/05. Este diploma veio definir um novo enquadramento legal na EE. Assim sendo, tenta-se construir uma escola de qualidade assente num modelo democrático e inclusivo para todos os alunos com NEE de carácter permanente.

Durante algum tempo, laborou-se num erro concetual que veio a ter consequências para a qualidade da resposta educativa, isto porque concebeu-se a exclusão como um problema individual de natureza essencialista e monolítica, ou seja, as dificuldades de aprendizagem eram tratadas no mesmo quadro institucional e político (DGIDC, 2008). Mas os objetivos do Decreto-lei n.º 3/08, de 07/01, reorganizou a EE e a clarificou os destinatários condignamente. Um dos aspetos positivos desta nova legislação é a permissão da elegibilidade para a EE de alunos com grave comprometimento de aprendizagem. Para isso foram criadas escolas de referência e unidades de autismo e multideficiência para haver uma resposta educativa de qualidade para todos os alunos. Esta nova conceção de EE veio facilitar os alunos com limitações significativas a vários níveis, tais como: a atividade e a participação num ou vários domínios da vida que resultaram de alterações funcionais ou estruturais de carácter permanente. Assim sendo, estas limitações levam a dificuldades ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social (DGIDC, 2008). Os alunos com etiologia biológica inata ou congénita, detetada precocemente, necessitam de uma intervenção significativa e serviços de reabilitação (Pereira, 2008). Estas crianças e adolescentes apresentam alterações significativas no desenvolvimento devido a problemas orgânicos, funcionais ou por défices socioculturais e económicos (Correia, 1999). Por outro lado, este Decreto-lei nomeia sinais positivos, como o alargamento das fontes de referência dos alunos com NEE, a avaliação compreensiva, a elaboração do PEI, a definição de medidas educativas adaptadas à especificidade de cada aluno, as adaptações do currículo, o reforço pedagógico e a elaboração de um Plano Individual de Transição (PIT). É entendido como sinal de inclusão o facto de se encaminhar as crianças com NEE de carácter permanente para escolas de EE, sendo convertidas, posteriormente, em Centros de Recursos para a Inclusão (CRI) (Serra, 2008). Estes CRI tornaram-se importantes para a cooperação e parceria, facultando terapias, atividades de grupo e preparação prática para a vida após a

escola. Outra mudança foi a avaliação dos alunos, que, a partir do Decreto-lei, passa a ser feita através da CIF OMS (Serra, 2008). É importante fazer uma normalização dos instrumentos de certificação dos estudos, tendo em conta as medidas que são aplicadas aos alunos (Rodrigues & Nogueira, 2011). Tal como, a importância da definição do papel dos Enc. Ed., reforçando a sua participação e poder de decisão, na avaliação e na planificação, com a atuação de equipas pluridisciplinares preparadas para os seus educandos com NEE. O Despacho Normativo n.º 6/10, de 19/02, veio regular o processo de avaliação dos alunos com NEE (Diário da República, 2010). Este normativo demonstra a necessidade de permitir a todos os alunos, dos vários ciclos, a conclusão e certificação de um nível de ensino, permitindo a inclusão na vida pós-escolar. Assim sendo, deverá ter-se em atenção a preparação dos alunos com NEE de carácter permanente para o ensino secundário. Para isso, deverá assegurar-se a diferenciação das respostas a disponibilizar pela escola, tendo em conta as suas funcionalidades.

4. Evolução da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A PHDA tem sofrido várias alterações, ao longo dos tempos, no que diz respeito ao seu conceito. Pode afirmar-se existirem dois modelos explicativos e de abordagem sobre esta perturbação (Encarnação, 2006). Um dos modelos é de origem anglo-saxónica, essencialmente norte americana, declarando que esta perturbação deverá ter um diagnóstico formal e criterioso. Relativamente ao outro modelo, é de origem francófona e incorpora esta perturbação na área dos Distúrbios Psicomotores e das Desarmonias Evolutivas, atribuindo-lhe a definição de Instabilidade Psicomotora. Estes dois modelos apresentam ideias contraditórias sobre o diagnóstico da PHDA, sendo que o primeiro é fundamentado pela Neuropsicologia e o segundo pela Psiquiatria Francesa, ligado à psicanálise.

Nos finais do século XIX, a hiperatividade era considerada uma síndrome das crianças atrasadas mentais, evoluindo para uma instabilidade, falta de atenção e mobilidade excessiva ou descoordenada. Nos inícios do século XX, surgem os primeiros estudos científicos sobre PHDA, de George Still e Alfred Tredgold. O primeiro autor identifica sintomas de agressividade, resistência à disciplina e problemas sérios de atenção, num grupo de quarenta e três crianças em que os sintomas eram mais notórios

nos rapazes do que nas raparigas (Barkley, 2006). Como tal, Still designou-os de défice de controlo moral. O segundo autor define, PHDA, através do conceito lesão cerebral mínima, que foi utilizado durante bastante tempo. A hiperatividade é o resultado de um dano no cérebro denominado de “distúrbio pós-encefálico do comportamento” (Barkley, 2006, p. 5). A designação de hiperatividade foi-se conservando ao longo do tempo através de outras denominações notórias, como a impulsividade, a lesão cerebral mínima, a agitação do Sistema Nervoso Central (SNS) e pela disfunção cerebral mínima. Estas características são constantes nas crianças e assemelham-se a outras crianças que apresentem lesões orgânicas (Fonseca, 1998). No início do século XX, comparou-se as crianças com hiperatividade com as sequelas comportamentais resultantes das lesões do lobo frontal nos primatas (Barkley, 2006). Afirmou-se esta comparação visto, as lesões provocarem uma agitação excessiva, pouca capacidade de interesse nas tarefas, demasiado apetite e várias mudanças de comportamento. Contudo, esta comparação das crianças hiperativas aos primatas com lesões cerebrais foi colocada em causa, principalmente o conceito de lesão cerebral mínima, pois esta perturbação não poderia derivar de uma lesão cerebral, visto a criança não ter tido nenhum registo de lesões cerebrais. Como tal, o conceito de hiperatividade foi substituído pelo conceito de disfunção cerebral mínima, devido ao facto de os mecanismos apresentarem défices funcionais, pois não existe lesão cerebral (Lopes, 2004). Através deste estudo houve várias tentativas de explicar a PHDA. A hiperatividade foi relacionada com os distúrbios da personalidade ou dos instintos morais (Heuyer, 1914, cit in Fonseca, 1998). Em contrapartida, nos Estados Unidos da América (EUA), a hiperatividade surgiu ligada a manifestações de conflitos inconscientes não resolvidos, que resultavam de conturbações na relação de pais e filhos. Esta conceção de pais perturbados ou ambientes familiares desadequados ser a causa da hiperatividade resiste até aos dias de hoje (Barkley, 2006).

A década de sessenta é considerada a mais importante para a definição da PHDA, isto porque as manifestações comportamentais da hiperatividade começam a ser evidenciadas nas crianças (Barkley, 1990, cit in Lopes, 2004). É através da publicação de um artigo que se começa a considerar o excesso de atividade como característica central da perturbação (Chess, 1960, cit in Lopes, 2004). A partir desta característica, os pais deixam de ser os maiores responsáveis pelos problemas dos filhos. Os conceitos de “síndrome de hiperatividade e síndrome de lesão cerebral” (Barkley, 1990, cit in Lopes, 2004, p. 23) começam a ser considerados distintos. No final da década de sessenta, surge a definição da perturbação, apresentada na segunda edição do Manual de Diagnóstico e

Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM). Esta definição indica que a hiperatividade é uma “Reação Hipercinética da Criança como sendo uma doença caracterizada pela hiperatividade, inquietação, distração e déficit de atenção, especialmente em crianças pequenas; geralmente, o comportamento diminui com a adolescência” (DSM II, 1968, cit in Barkley, 2006, p. 9). No final da década de sessenta, a hiperatividade começou a ser caracterizada por uma síndrome de disfunção cerebral, não sendo atribuída a danos cerebrais, mas sim ao funcionamento de determinados mecanismos do cérebro. Assim sendo, esta perturbação começou a ser qualificada como um conjunto homogêneo de sintomas, com destaque para o excesso de atividade ou hiperatividade (Barkley, 2006). Na altura, acreditava-se que esta perturbação seria “superada com a puberdade através de tratamentos de curto prazo com recurso à medicação psicostimulante, psicoterapia e com o mínimo de estimulação nas salas de aulas” (Barkley, 2006, p.9).

Com o decorrer dos anos setenta, a hiperatividade deixa de ser a principal causa da PHDA, passando a ser os problemas da atenção e o controlo da impulsividade. Através destas mudanças, surge o DSM III que determina o Distúrbio Hipercinético da Criança como Distúrbios de Déficit de Atenção/Hiperatividade (DSM III, 1980). Esta mudança aconteceu, porque a criança apresenta o distúrbio mesmo quando existe, apenas, problemas de atenção sem hiperatividade. Este distúrbio agrupa-se em duas subcategorias, ou seja, o Distúrbio de Déficit de Atenção, com e sem Hiperatividade (Fonseca, 1998). Os anos setenta foram uma grande mudança para a definição e conceptualização da PHDA (Barkley, 2006). Pois, permitiram enquadrar o déficit de atenção como uma das características essenciais para a definição desta perturbação.

Nos anos oitenta, a PHDA volta a ter a hiperatividade como fator principal, juntamente com a atenção e a impulsividade (Fonseca, 1998). Isto surgiu, devido aos estudos realizados na época mostrarem esta perturbação como a mais estudada na infância. Assim sendo, o DSM III denomina-a como Distúrbio de Déficit de Atenção e, posteriormente, no DSM II-R como Distúrbio Hiperativo e de Déficit de Atenção (DSM II-R, 1987). No decorrer da década, a criança com PHDA era considerada como uma incapacitante, geralmente crónica, e era analisada negativamente em relação aos resultados académicos e às vivências sociais (Barkley, 2006). A intervenção foi efetuada à família, face aos problemas parentais e disfunções familiares, e às crianças para controlarem a raiva e as competências sociais.

Seguidamente, nos anos noventa, houve um desenvolvimento importante nas pesquisas desta perturbação para explicar a base biológica e genética. Como tal, foi possível relacionar a PHDA com os fatores genéticos e neurológicos, em vez de, com os fatores sociais e ambientais. Começou-se a identificar um défice na inibição comportamental, como característica desta perturbação, de forma a ser facilmente distinguida das outras perturbações mentais e de desenvolvimento (Barkley, 2006). Assim sendo, o autor afirma surgir o subtipo Predominantemente Desatento sem Comportamento Hiperativo-Impulsivo distinto dos subtipos Hiperativo-Impulsivo e Tipo Combinado.

Em 2002, com o DSM-IV-TR, a PHDA surge na secção da Perturbação Disruptiva do Comportamento e de Défice da Atenção, como uma Perturbação que Aparece Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência, o que veio a ser alterada no DSM-5, em 2013, para Perturbações do Neurodesenvolvimento. Entre o DSM-IV-TR e o DSM-5 foram feitas várias alterações para a PHDA. Uma das modificações no novo manual diz respeito aos exemplos acrescentados nos itens dos critérios, para facilitar a aplicação ao longo da vida. Outra das alterações é referente à idade do aparecimento da perturbação, pois no DSM-IV-TR é descrito que “alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou sintomas de desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos sete anos” (DSM-5, 2013 p. 809). Enquanto no DSM-5 descreve que “diversos sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade estavam presentes antes dos doze anos” (DSM-5, 2013, p. 809). No que se refere aos tipos de critérios, estes foram substituídos por apresentação, mantendo os mesmos três já existentes, ou seja, combinada, predominantemente de desatenção e predominantemente de hiperatividade-impulsividade. Outra referência que se denota é o espectro do autismo como comorbilidade à PHDA. Por último, para diagnosticar uma PHDA na adolescência ou adultos, era necessário apresentar seis sintomas de desatenção, de hiperatividade ou de impulsividade, para o DSM-IV-TR, enquanto no DSM-5 esse diagnóstico alterou-se para cinco sintomas (DSM-5, 2014).

5. Definição do Conceito

A definição de PHDA tem várias designações que podem ser utilizadas. As primeiras referências utilizadas para referir esta patologia surgiram de um poema do alemão Heinrich Hoffman, em 1865, e as primeiras definições por George Still, em 1902, e Alfred Tredgold, em 1908 (Barkley, 2006). Still constatava que as crianças apresentavam um comportamento particular, por isso designou-o por “brain damage syndrome” (Salgueiro, 1996, p. 14). Este termo foi substituído por “disfunção cerebral mínima”, sugerido por Tredgold (Salgueiro, 1996, p. 15). Anos mais tarde, constatou-se que houve uma associação do conceito de hiperatividade com a sua origem orgânica, devido a uma epidemia de encefalite na Europa e nos EUA. Verificou-se que, as crianças que recuperaram tendiam a apresentar uma atividade exagerada, um défice de atenção e uma tendência para a impulsividade. Na sequência destes três sintomas, foram apelidados de “Síndrome Comportamental de Lesão Cerebral” (Rebelo, 1986). No Sul da Europa surge uma linha de investigação para tentar explicar as teorias que interpretavam a hiperatividade como forma de resultado de conflitos inconscientes mal resolvidos, que resultavam de um comprometimento na relação entre pais e filhos (Heuyer, 1914, cit in Salgueiro, 1996). Na década de sessenta, os estudos têm um avanço rigoroso, cientificamente, de forma que é dado ênfase às manifestações comportamentais desta perturbação e não tanto às origens etiológicas (Fonseca, 1998). Na designação de PHDA, prevalecia vários conceitos para definir o mesmo tipo de comportamento (Rebelo, 1986). Definia-se PHDA por “Síndrome Impulsivo Hiperkinético, Impulsividade Orgânica, Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite, Criança com Lesão Cerebral Menor, Síndrome Hiperativo da Criança, Hiperkinésia, Distúrbio Impulsivo do Carácter e Distúrbios de Aprendizagem” (Rebelo, 1986, p. 207).

Atualmente a definição desta perturbação resulta das causas e características que se atribuem às crianças que apresentam esta síndrome. Goodman e Poillon reviram vários artigos e livros sobre o tema com o intuito de identificarem várias perspetivas sobre a PHDA (Goodman & Poillon, 1992). Através das suas pesquisas, encontraram sessenta e nove características diferentes e trinta e oito causas possíveis para classificarem esta perturbação. Para os mesmos autores, as características mais encontradas foram:

- a baixa capacidade de atenção;
- a hiperatividade;

- a impulsividade;
- a distração;
- as dificuldades em acompanhar os conteúdos;
- a fraca coordenação motora;
- os problemas de conduta;
- os problemas de concentração;
- um conjunto de sintomas, precocemente;
- uma necessidade de supervisão;
- dificuldades em esperar pela sua vez.

No que se refere às causas descobertas pelos autores, estas tinham a ver com:

- as causas genéticas;
- as complicações antes e depois do parto (peri e pré natais);
- a imaturidade do desenvolvimento neurológico;
- os défices presentes no cérebro;
- a alimentação e os aditivos;
- os aspetos bioquímicos;
- o temperamento;
- o reduzido peso no nascimento (Goodman & Poillon, 1992).

Através destas causas e destas características verificou-se um contrassenso na PHDA. Por isso, os investigadores, desta área, não têm ideias consensuais sobre as características mencionadas, confirmando, que muitas delas são contraditórias e de natureza subjetiva (Goodman & Poillon, 1992). Os resultados obtidos a partir da investigação mencionam comparações das características apresentadas nas crianças com PHDA, com as características das crianças sem esta patologia. Conclui-se que os resultados encontrados, sobre esta vertente, pelos autores, eram indeterminados e inconclusivos, visto que as crianças com PHDA apresentavam características semelhantes às crianças sem PHDA. Não foi possível verificar características significativas nas crianças com PHDA (Goodman & Poillon, 1992). Como tal, agruparam-se as causas atribuídas à PHDA “em cinco domínios diferentes, e os resultados encontrados, apontaram para falta de consenso, no que diz respeito ao número e à diversidade das mesmas, bem como à falta de suporte empírico que valide qualquer uma delas” (Goodman & Poillon, 1992, p. 51). As características e as causas que identificavam uma criança com PHDA tornaram-se uma dificuldade para a definição do diagnóstico, levando alguns autores a colocarem em causa a sua existência, no que diz respeito a uma categoria clínica (Goldstein & Goldstein, 1998,

cit in Júlio, 2009). Assim sendo, seria muito complicado, na investigação, definir-se quem teria ou não PHDA, e por isso generalizar e testar as hipóteses possíveis para as causas desta perturbação, de forma a preveni-la e a tratá-la (Goodman & Poillon, 1992). Através das inúmeras características que definiam a PHDA era muito fácil atribuir o diagnóstico desta perturbação a várias crianças, tendo elas dificuldades diferentes. Devido a toda a problemática, que se encontrava sobre o diagnóstico de PHDA, assinou-se uma declaração – International Statement on ADHD (Declaração Internacional de PHDA), para que existisse uma concordância entre todos, sobre a perturbação (Barkley, 2002). A partir daquela declaração já não seria permitido negar a existência da PHDA, pois passaram a existir evidências científicas que comprovavam o quanto ela dificultava as crianças. Foram realizados estudos de follow-up. Nesses estudos são demonstrados as taxas de abandono escolar, com cerca de trinta e dois a quarenta por cento. De cinquenta a setenta por cento indica as crianças que tinham dificuldades em fazer amizades. De setenta a oitenta por cento demonstra os adultos que obtinham pouco desempenho profissional. De quarenta a cinquenta por cento pertenciam aos indivíduos que se envolviam em atividades antissociais, que consumiam drogas ou tabaco. Na mesma declaração foi salientada a condição de deficiência grave para a PHDA, de forma a demonstrar o comprometimento das funcionalidades e as consequências que o indivíduo terá ao longo da vida (Barkley, 2002). “Desde logo ao nível da educação, das relações sociais, do funcionamento familiar, da autossuficiência, da independência e do funcionamento ocupacional” (Barkley, 2002, p. 53).

As perspetivas existentes relativamente à PHDA são muito abrangentes, por isso “nenhuma organização profissional do âmbito médico, psicológico ou científico, pode pôr em causa o facto de se tratar de uma perturbação legítima” (Barkley, 2006, p. 54). De acordo com este autor, ao negar-se a existência desta patologia começará a haver pouco acesso ao seu tratamento, o que ocorre a metade da população que é afetada pela PHDA. Existem estudos que indicam que as crianças diagnosticadas com os critérios do DSM-IV ou da Classificação Internacional de Doenças (CID) – dez apresentam sintomas diferentes de outras crianças com problemas de ordem comportamental (Júlio, 2009). Esses sintomas têm uma previsão de aumento (trinta a sessenta e cinco por cento dos casos) ao nível do desenvolvimento da primeira infância, permanecendo na adolescência e na idade adulta (Barkley, 2002). É importante salientar estudos, em que a PHDA, com carácter hereditário, é apresentada com resultados semelhantes à esquizofrenia ou à perturbação bipolar (Júlio, 2009). Este carácter hereditário foi apresentado em estudos

com gêmeos e em estudos de famílias com crianças que apresentavam diagnóstico de PHDA (Fonseca, 1998). Os resultados demonstravam que os índices de hiperatividade eram muito mais elevados nos pais de crianças com a perturbação. Ao nível da neurologia, a PHDA foi bastante investigada, por isso alguns investigadores afirmaram que os neurotransmissores (dopamina e norepinefrina) encontravam-se reduzidos nos indivíduos com PHDA. Como tal, foi reconhecido dois genes que atuam no mecanismo da dopamina. Aos indivíduos com PHDA foi identificada baixa atividade cerebral na zona pré-frontal do córtex e menor fluxo sanguíneo na área frontal (Barkley, 2002). “Embora, não sejam conclusivas estas pesquisas são consideradas muito importantes para o esclarecimento da origem da PHDA” (Barkley, 2002, p. 82).

No indivíduo com PHDA será relevante referenciar as características do mesmo, em vez da designação que se apresenta para a PHDA (Rodrigues, 2003). Isto porque, é importante perceber as dificuldades que cada indivíduo enfrenta para realizar uma melhor avaliação, e, por conseguinte, a sua intervenção. Através de todas as características que o indivíduo, com esta perturbação, possui, os investigadores tentaram encontrar uma forma para ultrapassar essas dificuldades (Lopes, 2004). Essa melhoria deveu-se à delimitação de grupos para se obter uma maior homogeneidade ao nível clínico. A partir destes resultados, de subgrupos, chegou-se aos parâmetros do DSM, desde 1980 até 2013, última revisão efetuada.

A definição da PHDA contribui para outras perturbações que podem estar associadas (Lopes, 2004). Sendo elas, o distúrbio de oposição e de conduta, assim como as dificuldades de aprendizagem, apesar de terem surgido muitas dúvidas no estabelecimento de diagnósticos, porque deveriam umas ser independentes das outras. Segundo o DSM é o mais utilizado para o diagnóstico da perturbação, a PHDA é considerada como uma perturbação do desenvolvimento de base neurobiológica (APA, 2002). Caracteriza-se como um padrão de falta de atenção e/ou impulsividade/hiperatividade, com uma intensidade mais frequente e grave ao que normalmente se observa nos sujeitos que apresentam o mesmo desenvolvimento. Isto é, a PHDA apresenta características comportamentais de um grau extremo em que são descritas, clinicamente, como sintomas nas áreas de funcionamento do défice de atenção, do excesso de atividade motora e da impulsividade. De forma a diagnosticar-se a PHDA, é necessário a presença de, pelo menos, seis sintomas de uma lista de nove, estando relacionados com os problemas da atenção (APA, 2002).

A PHDA refere-se a uma perturbação persistente de desatenção ou falta de concentração e/ou impulsividade-hiperatividade, que se revela de uma forma intensa e grave para a criança (DSM-5, 2013). Esta perturbação interfere no rendimento escolar, social ou laboral. A PHDA surge, no manual, na categoria das perturbações do neurodesenvolvimento, que ocorrem na infância e na adolescência. No que diz respeito aos problemas da hiperatividade/impulsividade, terá que apresentar seis sintomas de uma lista, igualmente, com nove. Estes sintomas sevem para diagnosticar a PHDA, devendo estar presentes em dois ou mais contextos de vida quotidiana, como por exemplo: familiar, escolar, lúdico ou trabalho. Deverá haver manifestações nos seis meses anteriores ao diagnóstico, com sintomas iniciados antes dos doze anos de idade, o que anteriormente no DSM IV-TR seria aos sete anos de idade. Através destes critérios diferenciais de diagnóstico não se deverá atribuir, a PHDA, a outra perturbação do desenvolvimento ou do foro da pedopsiquiatria.

Uma das características essenciais da PHDA é “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento” (DSM-5, 2014, p. 71). A desatenção apresenta-se na PHDA pela falta de persistência, pela divagação da tarefa, pela dificuldade em manter a concentração e pela desorganização, mas sem dar lugar a comportamentos desafiantes ou falta de compreensão. No que se refere à hiperatividade, o manual indica que é uma atividade motora excessiva, quando não é apropriada, uma inquietação ou uma agitação. A impulsividade apresenta-se através de ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação, com um elevado potencial de prejudicar o próximo.

6. Prevalência do Conceito

Entre três a cinco por cento das crianças em idade escolar são afeadas pela PHDA (Selikowitz, 2010). A taxa de prevalência em populações normais situava-se nos quinze por cento e nas amostras clínicas era de cinquenta por cento (Whalen & Henker, 1991, cit in García, 2001). É salientado “que descobertas recentes sugerem que até trinta e seis por cento da PHDA na infância persiste na idade adulta” (Merwood & Asherson, 2011, p. 33). As taxas de prevalência, no Japão, variam em dois por cento, em Espanha seis por cento, nos EUA três a sete por cento, no Brasil dezassete por cento, em Itália vinte por

cento e atingem um máximo na Índia com vinte e nove por cento (Fernández, 2007). Esta discrepância de valores surge devido às diferenças dos critérios de diagnóstico usados ou à variação dos critérios da amostra.

No que se refere às taxas de prevalência em Portugal, é importante salientar um estudo realizado, visto terem sido recolhidos dados através da Escala Revista de Conners para docentes (Fonseca, Ferreira, Simões, Rebelo & Cardoso, 1996). “Nesse estudo verificou-se que as médias obtidas utilizando esta escala são geralmente mais elevadas em Portugal do que em estudos semelhantes com amostra americana” (Júlio, 2009, p. 41). Como tal, estima-se, na Associação Portuguesa da Criança Hiperativa (APCH), que existam cerca de trinta e cinco mil a cinquenta mil crianças com esta perturbação (APCH, 2009, cit in Júlio, 2009). “Esta disparidade assenta sobretudo em dificuldades ao nível metodológico, ao nível da definição dos critérios de diagnóstico e das características dos instrumentos e fontes de informação utilizados, bem como em função da idade e sexo dos constituintes da amostra” (Júlio, 2009, p. 19). Por isso, “sugerem no seu artigo que a prevalência de uma determinada psicopatologia na infância depende sobretudo de dois fatores: do comportamento da criança e das lentes através das quais os diferentes observadores filtram esse mesmo comportamento” (Weisz & Eastman, 1995, cit in Júlio, 2009, p. 19). Assim sendo, é difícil determinar a taxa real da perturbação, pois a sua estimativa é influenciada por diversos fatores. Como por exemplo, o conceito e a definição da PHDA estipulados pelos especialistas, os critérios de diagnóstico utilizados e a fonte de informação consultada, quer seja pelos pais, pelos docentes ou pelos médicos. Para além destes critérios, salienta-se um aspeto bastante interessante que influencia a taxa de prevalência, ou seja o tipo de sexo que é presente nesta perturbação. Relativamente a este aspeto, afirma-se que a perturbação é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas (Selikowitz, 2010). “Independentemente do método de recolha da informação ou dos instrumentos utilizados, sendo que a proporção varia de aproximadamente dois para uma em estudos a nível populacional e nove para uma em estudos realizados em contexto clínico” (Lopes, 2009, p. 22). A taxa de prevalência é de cinco para uma. Relaciona-se estas diferenças de valores a fatores culturais ou físicos, ou aos critérios de diagnóstico utilizados (García, 2001).

Os rapazes apresentam comportamentos impulsivos, atividade excessiva e falta de atenção mais tempo e de uma forma mais constante ao longo do percurso escolar. Estas características têm tendência a aumentar com as exigências académicas. As grandes diferenças dos rapazes para as raparigas podem ter origem no diagnóstico da perturbação.

Pois as raparigas apresentam, normalmente, PHDA apresentação predominantemente de desatenção, que em contexto escolar não é percebido, quando é comparado com a apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade. A PHDA é “um distúrbio real, não pode ser considerado um mito até porque existem claras evidências da sua presença na população infantil em diferentes países” (Lopes, 2009, p. 22). Como tal deve ser necessário melhorar os métodos de diagnóstico, para se obter mais informações sobre as evidências genéticas e dos fatores neurobiológicos. Deste modo, será mais fácil chegar a um consenso no desenvolvimento dos procedimentos de avaliação uniformes e estandardizados, para se aplicar metodologias comuns ao diagnóstico. Os sintomas da PHDA variam em qualidade e em quantidade, havendo tendência para diminuir a irrequietude, mantendo-se o défice de atenção (Afonso, 2014). Na adolescência evidencia-se uma grande imaturidade emocional com problemas de adaptação social. Contudo, a criança e o jovem vão adquirindo meios de inibição comportamental e autorregulação, pois a subjetividade na área do cérebro vai amadurecendo. As crianças não apresentam, exteriormente, nenhuma disfunção cerebral, sendo difícil reconhecer que elas têm PHDA (Afonso, 2014). Assim sendo, atribui-se, geralmente, a alteração do comportamento à falta de disciplina parental, à imaturidade e à falta de educação. Caso esta perturbação não seja identificada, existe uma probabilidade de existir fracasso ou prejuízo na vida da criança ou jovem. O autor aponta para a possibilidade de existir retenção, pelo menos um ano letivo, entre trinta a cinquenta por cento e um comprometimento nos relacionamentos sociais (Afonso, 2014). A PHDA ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (DSM-5, 2013).

7. Comorbilidades do Conceito

No que se refere à Etiologia da PHDA, pode afirmar-se que ainda existem várias dúvidas associadas a problemas e perturbações existentes, muito semelhantes a esta perturbação. Com estes problemas e perturbações intitulados de comorbilidades, deve ter-se algum cuidado no que diz respeito ao seu tratamento, devido às suas várias especificidades. A comorbilidade é definida pela “presença de dois diagnósticos diferentes no mesmo indivíduo, os quais podem necessitar de tratamento independente e adicional” (Pereira, 2008, pp. 69-70). Ao identificar-se comorbilidades num indivíduo,

pode existir uma grande dificuldade em realizar um diagnóstico correto e, assim, aplicar um tratamento adequado. Como tal, agrava-se os problemas do quotidiano nos vários contextos onde os indivíduos estão inseridos. As perturbações que se associam à PHDA são:

- a perturbação obsessivo-compulsiva;
- a perturbação generalizada do desenvolvimento;
- a perturbação autista;
- a perturbação de asperger;
- a perturbação generalizada do desenvolvimento não especificada;
- a perturbação da comunicação;
- a perturbação da aprendizagem;
- a dislexia;
- a discalculia;
- a disgrafia;
- a perturbação de coordenação motora;
- a perturbação de oposição e conduta;
- a perturbação do humor e ansiedade;
- a depressão e outros problemas afetivos;
- o atraso mental (Artigas-Pallarés, 2003).

Através da taxa de comorbilidades referentes à PHDA, deve realizar-se um diagnóstico diferencial, tendo em conta todos os critérios, assim como deve identificar-se os problemas associados, com o objetivo de realizar uma abordagem psicológica de forma a aplicar os tratamentos farmacológicos necessários (DSM-5, 2013). Podem existir dois tipos de problemas associados à PHDA (Santos, 2008). Sendo eles, os problemas psiquiátricos e os problemas de desenvolvimento. No que se refere aos problemas psiquiátricos, afirma-se que ocorre com maior frequência a perturbação de oposição e a perturbação do comportamento. Este problema pode ser definido como um padrão de comportamentos desobedientes e desafiadores que se encontram presentes nas relações sociais da criança com os pais, docentes ou grupos de pares (Rosa & Antunes, 2014).

Relativamente aos problemas de desenvolvimento, surgem com maior frequência as dificuldades na coordenação motora (dispraxia), a perturbação da aprendizagem, as dificuldades relacionadas com o desempenho escolar e um nível de inteligência inferior ao dos indivíduos sem a perturbação (Santos, 2008). Os sintomas característicos da PHDA afetam as relações das crianças com a sua família, não apenas com os pais, como

também com os irmãos. Estes sintomas refletem-se no relacionamento das crianças com os seus colegas, levando a que estas possuam menos amigos. A PHDA tende a provocar sofrimento, problemas de integração, de socialização e de aprendizagem (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). O comportamento é um fator associado a esta perturbação. A criança hiperativa apresenta um comportamento totalmente inesperado, imaturo e inapropriado para a sua idade (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Identifica-se nela a sua impulsividade no modo como coloca em prática os seus desejos, metendo-se, constantemente, em sarilhos. Através dos seus comportamentos, ela torna-se agressiva e violenta, não apenas com os seus colegas mas também com os adultos. No que se refere à aprendizagem, também assinalada como fator associado à PHDA identifica-se na maioria das crianças hiperativas dificuldades de aprendizagem (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Não se coloca em causa a capacidade intelectual das crianças, mas as suas dificuldades de atenção, a falta de reflexão e a excessiva inquietação motora, prejudicando a aprendizagem, vindo a baixar o rendimento escolar. As crianças hiperativas muito inteligentes apresentam um rendimento escolar suficiente, mas não satisfatório, isto devido à fraca capacidade de memorização, à facilidade de distração e ao pouco tempo de concentração que dispõem. Relativamente à desobediência, considera-se um fator predominante na PHDA e o mais urgente em ser resolvido, devido ao seu impacto no âmbito familiar, como no âmbito escolar. Pode afirmar-se que a criança é contraditória às ordens e aos pedidos, por parte do adulto. Deste modo prova-se que a criança hiperativa apresenta uma tendência para fazer o que é proibido (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Como tal, os pais têm grandes dificuldades em ensinar aos seus filhos regras e fazê-los adquirir hábitos de educação. A labilidade emocional é caracterizada como fator da PHDA, porque a criança está sujeita a severas alterações de humor, o que prejudica o seu comportamento (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Ela irrita-se com facilidade e grande intensidade, quando é contrariada nos seus desejos. Ao longo do tempo, a criança hiperativa tende a formar uma opinião negativa sobre si própria, destacando-se os comentários sobre ser má, de não ter amigos ou de não conseguir estudar. Por último, a chamada de atenção é um fator desta perturbação, porque a criança hiperativa gosta de ser o centro das atenções, quer na escola, quer em casa (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Desse modo, ela procura, permanentemente, uma maneira de chamar a atenção os seus pais ou o professor com o objetivo de apresentar aquilo que realiza com sucesso. No entanto estas chamadas de atenção nem sempre são direcionadas para o que consegue realizar sozinha, pois também servem para ter alguém junto dela.

Existem crianças e adolescentes que apresentam a ansiedade associada à PHDA. Reconhece-se que entre trinta a quarenta, de cem crianças/adolescentes, têm uma perturbação de ansiedade (Medeiros, 2014). Os sintomas predominantes demonstrados surgem da lentidão e ineficácia do desempenho escolar, passando as crianças a ter uma redução da irrequietude e da agitação. Através destes sintomas, é perceptível que a criança/adolescente torne-se insegura, preocupando-se com a opinião que outros têm sobre si, evitando ser o centro das atenções e demonstrando dificuldades em separar-se do seu lar para ir para a escola. Cabe aos pais tranquilizar os filhos, pois possuem uma maior maturidade e experiência de vida que lhes permite um autocontrolo das emoções (Medeiros, 2014). A sua atitude, perante os filhos, deve ser estimuladora das competências de forma a ultrapassar as inseguranças. Para assegurar o controlo dos sintomas da ansiedade, as crianças/adolescentes com PHDA deverão obter intervenções, sendo elas: psicoterapêuticas, farmacológicas ou psicoeducacionais. Outro dos problemas associados à PHDA é a depressão (Medeiros, 2014). Assim sendo, as crianças com depressão apresentam baixa autoestima e uma autoimagem negativa. Os sintomas das crianças/adolescentes podem ser:

- alterações alimentares (diminuição do apetite ou ingestão excessiva de alimentos);
- alterações do sono (insónias ou hipersónia);
- irritabilidade;
- humor instável ou imprevisível;
- sensibilidade na falha;
- alterações do comportamento (agitação motora, comportamentos agressivos, comportamentos desviantes e comportamentos autodestrutivos);
- sensação de perda de energia ou fadiga;
- dificuldades de concentração;
- diminuição no rendimento escolar;
- desmotivação, desinteresse e sentimento de incapacidade;
- queixas físicas frequentes (dor de cabeça ou abdominais);
- ausência no prazer de atividades lúdicas;
- isolamento social;
- pensamentos recorrentes acerca da morte.

As crianças/adolescentes com PHDA podem desenvolver um quadro de depressão pelas dificuldades sentidas ao longo do tempo, quer pelos próprios, quer pela relação com a família, escola e meio social (Medeiros, 2014). As crianças que apresentam PHDA

demonstram dificuldades no relacionamento com os seus pares (Rocha, 2014). Este problema surge, pois as crianças revelam dificuldades: em resolver os conflitos, na regulação emocional, em descodificar o que é, socialmente, adequado e em adaptar o seu comportamento de forma adequada. A partir da consciencialização das dificuldades destas crianças, os pais devem estar motivados para:

“aprender mais sobre a importância de desenvolver a competência social e a aceitação dos colegas, usar estratégias de autoavaliação e o ensino incidental (ou seja, usar as situações do dia a dia para ensinar os princípios e as estratégias úteis), se organizarem para interferir adequadamente e dinamizar a vida dos seus filhos e se tornarem mais consistentes na gestão do seu comportamento” (Rocha, 2014, p. 152).

Outro dos sintomas associados à PHDA é os tiques. Este tipo de sintoma apresenta-se em forma de movimentos bruscos, ou vocalizações, que se repetem involuntariamente, sem um ritmo constante (Ferreira, 2014). Os mais conhecidos e típicos são os piscares de olhos, mas podem surgir outros, como por exemplo: os movimentos simples de pescoço e dos ombros, os movimentos dos braços e das pernas e a emissão, involuntária, de palavras ou de expressões. Existem três tipos de doenças associadas aos tiques (DSM-5, 2013). As doenças são: a síndrome de Tourette, os Tiques motores ou vocais persistentes (crónico) e a perturbação provisória de tiques. A primeira doença ocorre quando existe tiques motores e vocais, embora não aconteçam ao mesmo tempo. Podem ocorrer várias vezes ao longo do dia, quase todos os dias por um período superior a um ano. Têm que ocorrer antes dos dezoito anos e não são causadas por medicamentos, ou drogas, ou outras doenças médicas. Relativamente aos tiques motores ou vocais persistentes, a criança tem que apresentar um ou mais tiques motores ou vocais (DSM-5, 2013). Os tiques devem ocorrer várias vezes por dia, quase todos os dias, por um período superior a um ano, e terem iniciado antes dos dezoito anos. Estes tiques não são causados por medicamentos, ou por outras drogas, ou por outras doenças médicas. Para ser diagnosticado este tipo de tiques, a criança não pode apresentar síndrome de Tourette. Por último, a perturbação provisória de tiques, em que a criança tem de apresentar um ou mais tiques motores ou vocais. Os tiques têm que estar presentes há menos de doze meses seguidos e devem ter início antes dos dezoito anos. Tal com nos anteriores tiques, este, também, não é causado por medicamentos, nem por drogas e nem por outras doenças médicas. A criança não pode apresentar diagnóstico de síndrome de Tourette e nem de tiques persistentes.

Associado à PHDA desenvolve-se, frequentemente, a perturbação da linguagem (Ruivinho, 2014). As crianças com PHDA demonstram fragilidades nos componentes da

linguagem, podendo ser: na semântica (o vocabulário), na morfossintaxe (regras gramaticais), na pragmática (intenção comunicativa) e na fonologia (sons da fala). Afirmar-se que a compreensão antecede a expressão, isto é, a criança compreende primeiro e posteriormente produz o que compreendeu. Assim sendo, é possível “firmar e consciencializar o conhecimento que a criança tem sobre a sua própria linguagem” (Ruivinho, 2014, p. 160). É notório que a linguagem seja adquirida naturalmente pois, qualquer criança tem capacidades de receber, organizar, elaborar, reter e recuperar a informação. É perceptível que as crianças portadoras de PHDA apresentem dificuldades na aprendizagem, da leitura e da escrita, devido às dificuldades de linguagem (Ruivinho, 2014). As crianças com PHDA apresentam:

- dificuldades na interpretação e compreensão dos textos e enunciados escritos;
- precipitação nas respostas escritas;
- dificuldades no processamento e na leitura visual;
- dificuldades em respeitar a pontuação;
- facilidade em omitir palavras ou linhas (Rosa & Antunes, 2014).

As crianças que apresentam PHDA demonstram dificuldades na expressão oral, pois existe desatenção, alterações na memória de trabalho e nas funções executivas e falta de controlo dos impulsos (Rosa & Antunes, 2014). No que se refere ao cálculo numérico, é frequente que as crianças portadoras de PHDA apresentem dificuldades no raciocínio abstrato e na resolução de problemas.

As dificuldades específicas de aprendizagem dividem-se em três áreas: a perturbação da leitura (dislexia), a perturbação da produção escrita e a perturbação das competências numéricas (DSM-5, 2013). Relativamente à primeira área verifica-se que a criança apresenta uma dificuldade em associar um grafema (letra) a um fonema (som), afetando as competências ortográficas (Rosa & Antunes, 2014). No que diz respeito à segunda área, constata-se que as crianças apresentam dificuldades em respeitar regras gramaticais, escrever corretamente, pois expõem muitos erros ortográficos (disortografia), e uma caligrafia pouco perceptível (disgrafia). Por último, na terceira área constata-se que nesta perturbação existem crianças com dificuldades em realizar operações matemáticas (discalculia).

As crianças com PHDA podem ter associado a esta perturbação os problemas do sono, sofrendo consequências ao nível da atenção e de outras funções executivas, na rapidez de processamento dos estímulos e nas funções cognitivas superiores (abstração, criatividade e capacidade de resolver problemas) (Silva, 2014).

8. Causas do Conceito

Argumenta-se que ao longo de cinquenta anos foram feitas várias pesquisas para explicar a hiperatividade (Falardeau, 1997). Nos últimos dez anos, vários investigadores estudaram o funcionamento do cérebro dos hiperativos. Os resultados dessas pesquisas deram um novo começo à perturbação (Falardeau, 1997). O cérebro é composto por milhões de células repartidas por várias zonas, em que cada uma tem uma função específica, como por exemplo: a zona do lobo occipital tem a função da visão e a zona do lobo frontal é responsável pelo comportamento. Relativamente às células, o autor apercebeu-se que a transmissão das informações é feita, de uma célula nervosa para outra, através de substâncias químicas designadas por transmissores neurais (Falardeau, 1997). Como tal, as crianças hiperativas têm uma disfunção nesses transmissores neurais, especialmente na dopamina. A dopamina como está deficiente conduz a um abrandamento na transmissão entre células. Através desse abrandamento, existe uma diminuição da atividade na zona do cérebro afetada. Essa zona é denominada por zona de coordenação, entre o lobo frontal e o sistema límbico que está afetado. Esta área afetada associa-se ao controlo do comportamento, principalmente o controlo da atenção, o controlo da impulsividade, o controlo da atividade motriz, o controlo da obediência às regras e o controlo do rendimento no trabalho. A causa do abrandamento cerebral seletivo, analisada em estudos antigos, era pela consequência de uma lesão adquirida, assim como uma falta de oxigénio no momento do parto (Falardeau, 1997). Relativamente a estudos mais recentes, foi demonstrado que cinco por cento dos hiperativos deve-se a lesões cerebrais adquiridas. Verifica-se que, vários casos referem-se a problemas relacionados com o nascimento ou pouco depois deste, sendo com maior frequência nos prematuros. Salienta-se que a intoxicação pelo chumbo, também pode provocar os sintomas da hiperatividade nas crianças, apesar de ser raro.

Existem estudos que afirmam que mais de noventa e cinco por cento dos casos a hiperatividade é hereditária (Falardeau, 1997). A transmissão é realizada através dos genes, sendo que os pais não têm qualquer responsabilidade. Os estudos provam que trinta e cinco por cento dos pais e dezassete por cento das mães das crianças hiperativas são, igualmente, hiperativos. No caso dos irmãos existe um risco de quarenta por cento e no caso das irmãs existe um risco de dez por cento de terem hiperatividade. Relativamente aos tios, às tias e aos primos encontra-se uma probabilidade enorme de serem hiperativos.

As mães que fumam e consomem álcool durante a gravidez apresentam um risco elevado de terem uma criança hiperativa. Contudo, não é cientificamente testado que, a hiperatividade esteja ligada ao consumo do álcool e do tabaco pela mãe, apesar de ser prudente as mulheres grávidas obterem esse cuidado. Em contrapartida, foi provado que certos medicamentos são suscetíveis de provocar grande parte dos sintomas da hiperatividade nas crianças. É possível afirmar que a causa da hiperatividade é orgânica, porque se trata de uma deficiência no plano dos transmissores neurais, ou seja na dopamina (Falardeau, 1997). Esta perturbação está presente, na criança, desde o nascimento, apesar dos efeitos só se fazerem sentir por volta dos quatro ou cinco anos de idade.

Existem teorias que comprovam a existência da hiperatividade. Uma dessas teorias é os corantes e os aditivos. É descrito que cinquenta por cento dos casos de hiperatividade nas crianças foram provocados pelos aditivos alimentares utilizados como corantes e conservantes (Feingold, 1950, cit in Falardeau, 1997). Como tal, foi estabelecida uma dieta designada por dieta de Feingold em que não continha nenhum aditivo, com o intuito de diminuir, consideravelmente, ou até mesmo, fazer desaparecer a hiperatividade nas crianças. Contudo nenhuma das investigações feitas sobre esta dieta mostrou qualquer alteração no comportamento das crianças que foram estudadas. Surgiram estudos, recentemente, que indicam que o açúcar é uma causa da hiperatividade. Isto acontece, porque o açúcar refinado, quando é consumido em grande quantidade, funciona como estimulante, tal como a cafeína no café, no chá, no chocolate e nas colas (Falardeau, 1997). Assim sendo, o excesso desses estimulantes pode provocar, em todas as crianças, um aumento da atividade motora. A questão da alimentação não modifica o comportamento das crianças hiperativas, apesar de qualquer aumento da atividade motora se mostrar perturbadora (Falardeau, 1997). A hipoglicemia (uma diminuição do nível da glicemia, presença de glicose no sangue, ou seja, um açúcar indispensável ao funcionamento do corpo humano), mais precisamente a hipoglicemia por reação (queda da glicemia como reação a um nível muito elevado de glicemia), também seria uma causa da hiperatividade. Isto porque, o organismo segrega hormonas com o intuito de manter o nível de glicemia, mas quando existe uma elevação rápida pode provocar uma hipoglicemia. Assim sendo, as duas patologias possuem sintomas comuns, no que diz respeito à dificuldade de atenção e à variabilidade do rendimento (Falardeau, 1997). Mas, contudo as diferenças são bastante importantes. Nos hipoglicémicos surge a fadiga e a falta de energia, embora possam ser agressivos, mas nunca agitados. Estes sintomas

tendem a atenuar-se quando o indivíduo se alimenta. No hiperativo a alimentação não provoca nenhuma alteração de comportamento. Ao longo de muitos anos verificava-se que o ambiente das crianças hiperativas, com os seus pais, era responsável, parcial ou totalmente pela sua hiperatividade (Falardeau, 1997). Estudos recentes permitiram revelar que os pais com crianças hiperativas têm uma forma muito diferente de educar os seus filhos. Isto porque, os pais gritavam e puniam com mais frequência e eram mais severos, que os outros pais sem crianças hiperativas, tendo pouca paciência e tempo para brincarem com eles, recompensando-os. Assim sendo, surgiu a ideia que esta atitude desempenhava um papel na formação da hiperatividade. Após este estudo surgem outros dois a contrariar este, no intuito de demonstrar que a atitude dos pais não influencia a hiperatividade, mas sim uma das suas consequências. Pois a atitude dos pais modificava após a criança hiperativa iniciar a medicação, com o efeito de reduzir os sintomas. Os pais passavam a ralar e punir com menos frequência, passando a recompensar e a brincar mais com o filho. Houve a realização de um outro estudo para verificar se a atitude dos pais influencia a hiperatividade (Falardeau, 1997). Nesse estudo confiaram crianças hiperativas a pais “normais”. Os pais “normais” rapidamente adotaram sinais de impaciência adotando comportamentos semelhantes aos pais de crianças hiperativas. Apesar disto, cada vez mais, os problemas familiares (desentendimentos, separações ou violações) e económicos (pobreza ou desemprego) aumentam o risco de problemas comportamentais (agressividade) e emocionais nas crianças, podendo-as tornar hiperativas (Falardeau, 1997). Salienta-se que um ambiente familiar afetuoso e tolerante diminui a possibilidade do aparecimento dos sintomas comportamentais e emocionais. Existem dois tipos de hiperatividade: um constitucional e outro socioafetivo (Falardeau, 1997, cit in Thiffault, 1989). Este último indica que a criança não apresenta um défice motor e nem sinais neurológicos. Assim sendo, entendia-se que a hiperatividade não era orgânica, porque a criança não tinha problemas comportamentais e nem emocionais. Não se pode afirmar esta definição como verdadeira, porque se se diagnosticar a hiperatividade através dos problemas afetivos, pode cometer-se um erro (Falardeau, 1997). Sendo que, depois esse erro facilmente seria detetado, pois a medicação não faria nenhuma alteração de comportamento.

9. Critérios de Diagnóstico

A hiperatividade é definida como uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos fatores neuropsicológicos, provocando alterações atencionais, impulsividade e uma grande atividade motora (Cardo & Servera, 2005). Para estes autores, a hiperatividade surge de um problema de falta de autocontrolo com repercussões no seu desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e no seu ajustamento social. Por outro lado, a hiperatividade será definida por um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus, sejam de desatenção, de impulsividade ou de excesso de atividade, que surgem no início da primeira infância (Barkley, 1990). Esta hiperatividade é de natureza crónica, e não explicada por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou distúrbios emocionais severos. É realizada a primeira descrição clínica desta perturbação relacionada com a área do comportamento, realçando o nervosismo e o nível de atividade como sintoma de lesão cerebral (Strauss, 1947, cit in Barkley, 1990). Assim, é apresentado o sintoma comportamental como desobediência patológica (Fernandez, 1968, cit in Barkley, 1990). Para alguns autores, a hiperatividade é definida como uma lesão orgânica, pois noventa e cinco por cento de crianças com esta patologia possuíam lesões anatómicas cerebrais (Shafer & Allen, 1979, cit in Barkley, 1990). A PHDA é um distúrbio neurobiológico (Parker, 2003). Esta desordem é caracterizada pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção, de impulsividade e/ou de hiperatividade. Durante muito tempo, a hiperatividade foi considerada a característica mais marcante na PHDA. As crianças que apresentam PHDA detêm problemas no comportamento, ao nível de três áreas do funcionamento básico (Lopes, 2004). Sendo elas a atenção, a impulsividade e o excesso de atividade motora (hiperatividade). Estas áreas manifestam-se ao nível de um grau que se torna excessivo e inapropriado para a idade do desenvolvimento. Coloca-se à prova a capacidade de estar atento, de retrain movimentos, de inibir impulsos e regular o comportamento, no que diz respeito às regras, ao tempo e ao futuro. Estes comportamentos são o resultado de um “deficit primário da inibição do comportamento” (Barkley, 2002, p. 77). "Diagnósticos apressados e equivocados têm feito pessoas mal-educadas ficarem à vontade para serem mal-educadas, sob o pretexto de que estão dominadas pela PHDA. O facto de serem consideradas doentes facilita a aceitação do seu comportamento impróprio" (Tiba, 2002, p. 152).

As diferentes apresentações de PHDA existentes são: a predominantemente de desatenção, a predominantemente de hiperatividade-impulsividade e a combinada (DSM-5, 2013). Assim sendo, uma criança caracterizada pela predominância hiperatividade/impulsividade e uma criança que apresenta uma combinação dos três traços representam a maior parte das crianças com PHDA (Parker, 2003). Para uma criança ser diagnosticada com PHDA deve apresentar sintomas de desatenção, de hiperatividade ou de impulsividade. Os sintomas devem manifestar-se antes dos doze anos de idade e que predominem nos seis meses anteriores ao diagnóstico (DSM-5, 2013). De forma a representar validade para a PHDA, os sintomas devem interferir em dois ou mais contextos da criança no funcionamento social, académico ou ocupacional. Será necessário que a criança apresente seis manifestações de desatenção ou de hiperatividade-impulsividade. A criança é diagnosticada de PHDA se os sintomas não forem atribuídos a outra perturbação do desenvolvimento ou do foro psiquiátrico. Pode afirmar-se que as crianças com PHDA apresentam sintomas desta perturbação, mas poucas são as que manifestam todos esses sintomas (Selikowitz, 2010). Assim sendo, algumas crianças com PHDA da apresentação de hiperatividade-impulsividade manifestam sintomas de hiperatividade e impulsividade, mas outras apenas hiperatividade e outras apenas impulsividade.

A PHDA, nas crianças, pode ser classificada de ligeira, modera ou grave (Afonso, 2014). Constata-se que estas classificações podem aparecer em variados contextos, ocorrendo com maior frequência em lugares públicos (visitas em casa ou situações de grupo na sala de aula). Uma consequência habitual e preocupante resulta em baixa autoestima, levando a uma reação negativa por parte dos pais, dos docentes e dos colegas (Afonso, 2014). Como tal, a criança desmotiva-se para a escola e isola-se em relação aos seus pares. Para melhorar os comportamentos das crianças será necessário estruturar um ambiente acolhedor e uma atenção mais individualizada. Para realizar-se um diagnóstico coerente e coeso será necessário “realizar-se uma história clínica completa, incluindo antecedentes familiares e pessoais (gravidez, parto e doenças anteriores), que podem ser significativos para o diagnóstico e orientarem para uma eventual causa da perturbação” (Afonso, 2014, p. 39). Para além da história clínica deve incluir-se a história do desenvolvimento psicomotor e social da criança, dando indícios para o início do aparecimento dos sintomas. À medida que é feita a avaliação historial das crianças, engloba-se o exame físico, incluindo a avaliação da altura e peso e a medição da pressão arterial, assim como o exame neurológico. Por último, com o objetivo de confirmar a

suspeita clínica, deve ser realizado uma avaliação familiar e escolar através de questionários preenchidos pelos pais e docentes.

9.1. Apresentação predominantemente de desatenção.

A atenção é definida como a pressão do espírito relativamente a um objeto e a concentração como a capacidade de disponibilizar atenção para um objeto (Falardeau, 1999). As capacidades de atenção são consideradas um conceito multidimensional, porque englobam problemas de alerta, de ativação, de seletividade, de manutenção da atenção, de distração e de nível de apreensão (Lopes, 2004). Os problemas de atenção, nas crianças com PHDA, “caracterizam-se por uma tendência acentuada a distraírem-se em tarefas repetitivas e monótonas, cometendo mais erros do que as crianças normais” (Fonseca, 1997, p. 7). Assim sendo, esta tendência apresenta dificuldades significativas, no que se refere, ao modo de prestar atenção, ao período de tempo em que as crianças estão atentas e à persistência do esforço que fazem para se manterem atentas. Como tal, demonstram problemas em fixar a atenção, numa tarefa ou atividade, por mais tempo do que as crianças sem PHDA. Estudos realizados assinalam que as crianças com a perturbação utilizam pouco tempo da sua atenção para o que lhes é pedido (Barkley, 2002). As capacidades de processamento da informação não se encontram comprometidas, pois são capazes de distinguir o que é importante do que é acessório (Fonseca, 1998). O problema da atenção ultrapassa aquilo que é designado por distração (Barkley, 2002). Para o autor, as crianças com PHDA aborrecem-se e perdem o interesse pelo que estão a fazer mais rapidamente, que as crianças sem a perturbação, sentindo-se atraídas por aspetos mais divertidos e recompensadores. Para isso, procuram algo para fazer muito mais interessante, divertido e estimulante, mesmo sem terem concluído o trabalho que estavam envolvidas. Isto deve-se ao problema de as crianças, com esta perturbação, terem um funcionamento cerebral num nível mais baixo do que o esperado, necessitando de estímulos constantes para se manterem no nível normal. Estas crianças procuram, incessantemente, novos estímulos, deixando para trás a atividade inicial, optando pela alternância de um estímulo para outro (Fonseca, 1998). Por exemplo: o tempo que é necessário para concluir os trabalhos de casa, ou para ouvir as instruções até ao fim, com vista à realização de uma determinada tarefa. Quer seja por um ou outro

aspeto, “estas crianças enfrentam dificuldades acrescidas para retomarem a tarefa anterior, uma vez que se distraem por períodos maiores de tempo, do que os seus pares, sem PHDA, tal é a necessidade de novidade” (Barkley, 2002, p. 52). Como tal, refere-se que o mais acertado, para as crianças com PHDA, é a inovação, a estimulação e a diversão nas atividades pedidas, podendo haver uma recompensa, caso concluam determinada tarefa. Assim, “estaremos a fornecer à criança aquilo que ela mais necessita, a novidade, o estímulo diferente e atrativo” (Barkley, 2002, p. 54).

A causa para o termo falta de atenção manifestada nas crianças com PHDA não está totalmente decodificada (Parker, 1996). Mas, foi através das observações desta dificuldade que se conseguiu obter um conjunto de características que delimitam este problema de comportamento e que têm consequências nas várias áreas de desenvolvimento. O défice de atenção é o sintoma que mais dificulta a aprendizagem, apesar de ser menos visível que a impulsividade ou que o excesso de atividade motora (Parker, 1996). Como tal, as crianças com diagnóstico de PHDA predominantemente desatento enfrentam problemas acrescidos para gerirem as situações vividas no seu dia a dia. Apresenta-se como exemplo: as tarefas relacionadas com a escrita, a leitura, a matemática ou a exposição de um tema oralmente. Tal como, não terminarem as tarefas e apresentarem dificuldades na memorização e em seguir instruções. “A primeira característica da hiperatividade, provavelmente a mais importante, consiste na dificuldade sentida pela criança em controlar a sua atenção na altura em que tem uma tarefa a desempenhar e, portanto, a manter-se atenta quando a situação o exige” (Falardeau, 1999, p. 24). A memória de curto prazo encontra-se alterada dificultando a retenção de informação e, por isso, compromete as capacidades de planeamento e organização, impostas nas atividades (Rodrigues, 2007). O autor indica que uma criança com PHDA procura novidade e mudança de estímulos constantes e que a realização e conclusão de tarefas escolares aparenta-lhe ser uma tarefa árdua. As crianças com PHDA não têm a mesma capacidade de concentração que as outras crianças da mesma faixa etária (Selikowitz, 2010). Isto acontece porque, os mecanismos de atenção dos seus cérebros são ineficazes, pois têm uma grande dificuldade em concentrarem-se em tarefas entediantes que põem à prova, constantemente, estes mecanismos. Afirma-se que o défice de atenção é aparentemente maior na audição (atenção auditiva) do que na visão (atenção visual).

Para se perceber as dificuldades de uma criança com PHDA, terá que se compreender o processo atencional no seu cérebro (Selikowitz, 2010). Todas as imagens

observadas pelo campo de visão são denominadas pelo nome de “tampão visual” (Selikowitz, 2010, p. 41). O cérebro é capaz de selecionar uma parte da informação, que os olhos captam, e fixar-se nela. A essa captação de informação designa-se de “janela atencional” (Selikowitz, 2010, p. 41). A partir dessa janela atencional, consegue-se selecionar aquela informação que se dispensa mais atenção e a distância a que o fazemos. À medida que a criança se desenvolve, existe uma maior eficiência na atenção, isto porque a zona frontal do cérebro torna-se mais competente com a idade. Pode verificar-se que quando uma criança é mais nova a sua atenção andará dispersa, a menos que o material da sua janela atencional seja bastante interessante e a informação do restante tampão visual seja aborrecida. Mesmo assim, o mecanismo atencional rapidamente se cansa e a atenção vai perdendo intensidade. No que diz respeito à audição, o mecanismo atencional é semelhante. Pois, o tampão auditivo contém os sons ouvidos num determinado momento (Selikowitz, 2010). Após a captação dos sons, a janela atencional auditiva tem a finalidade de se focar numa determinada fonte de som. Verifica-se que, selecionar parte do tampão e manter a atenção fixada numa parte dele é, geralmente, mais custosa para os estímulos auditivos do que para os estímulos visuais. As crianças com PHDA apresentam mecanismos atencionais ineficazes, por isso os mecanismos de concentração são variáveis, tornando o seu desempenho incoerente.

Os sintomas de desatenção têm que surgir antes dos doze anos de idade, persistirem durante os últimos seis meses e estarem presentes em dois ou mais contextos (DSM-5, 2013).

9.2. Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade.

Outra das características da PHDA é a hiperatividade, que se encontra definida por excessivos níveis de atividade, quer em termos motores, quer em termos vocais (Fonseca, 1998). A hiperatividade surge através de “níveis excessivos de atividade motora ou oral, características da criança com hiperatividade, o que faz dela uma criança muito inquieta, nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados e faladora” (Lopes, 1998, p. 18). Existem vários estudos empíricos com o objetivo de demonstrar a diferença da atividade

entre as crianças com PHDA e as crianças sem PHDA no que diz respeito à monitorização das atividades e movimentos diários. Constatou-se discrepâncias relacionadas com as situações escolares (Barkley, 2006). Mas, nem todas as crianças com PHDA são hiperativas. As que apresentam os sintomas de hiperatividade demonstram agitação motora para evocarem a atenção (Parker, 2003). O sintoma é manifestado através da forma de inquietação, de impaciência, de ritmo e movimentos desnecessários e de conversa em excesso. A agitação é mais frequente na idade pré-escolar sendo, cada vez mais, controlada aquando a idade progride. Os pais descrevem estas crianças como irrequietas, enquanto os docentes demonstram que elas apresentam várias ausências do lugar, sem autorização, e várias intervenções desrespeitando as regras (Parker, 2003). Assim sendo, estas características prejudicam a vida diária, pois dificultam os trabalhos com pares, a participação em desportos organizados e a partilha de materiais e de ideias. Os conflitos entre pares surgem, pois existe uma dificuldade em respeitar a vez dos outros, aceitar as ideias dos outros e seguir as regras comuns. Afirma-se que a convivência social é desconhecida para a maioria destas crianças (Parker, 2003). Assim sendo, a hiperatividade limita-se ao excesso de movimento e atividade que as crianças com esta perturbação apresentam. A hiperatividade engloba diversos tipos de atividade, como tal torna-se custoso diferenciar as crianças com PHDA das crianças sem PHDA (Lopes, 2004). Existem vários estudos realizados com o objetivo de esclarecer a questão dos movimentos dos tornozelos, dos pulsos e do corpo, diferenciando umas crianças das outras (Barkley & Conningham, 1979, cit in Barkley, 2006). Através dos resultados encontrados, verificou-se que o problema da hiperatividade não se restringe apenas à atividade em excesso, mas a um padrão de resposta comportamental acentuado, levando estas crianças a responderem a todos os estímulos que estão envolvidas (Barkley, 2002). Esta situação surge quando existe uma dificuldade de controlo, em situações exigentes, do ponto de vista social e não tanto dos níveis de atividade motora (Lopes, 2002). As duas perspetivas encontram-se associadas, isto porque o nível de atividade decorre do comportamento ou da resposta, de acordo com uma determinada situação, sendo maior nas crianças com PHDA (Barkley, 2002).

A hiperatividade associa-se à impulsividade, porque ambos os sintomas apresentam uma dificuldade na inibição do comportamento (Barkley, 2002). Por outro lado, a desatenção relaciona-se com a falta desta inibição. Deste modo, “a questão central da PHDA estaria relacionada apenas com um problema de inibição do comportamento, com origem num atraso do desenvolvimento no controle dos impulsos” (Barkley, 2002,

p. 64). Assim como no déficit de atenção, a impulsividade também é um conceito multidimensional com várias características. “A impulsividade relaciona-se com o controlo executivo, com o adiamento da gratificação, com o esforço e com a condescendência” (Barkley, 2006, p. 81). Pode considerar-se que a impulsividade trata “de um processo executivo, motivacional e automático da inibição da atenção” (Barkley, 2006, p. 81). Na PHDA, a impulsividade envolve o descontrolo do comportamento, a dificuldade no adiamento da gratificação e da resposta e a incapacidade para inibir respostas incorretas (Barkley, 2002). As crianças com PHDA possuem a capacidade do comportamento ou do controlo dos impulsos diminuída, apresentando grandes dificuldades em conter as suas respostas em determinada situação. Este tipo de crianças age de uma forma rápida, sem medirem as consequências do seu comportamento (Barkley, 2006). As crianças constroem comentários despropositados interrompendo o discurso de outras pessoas (Barkley, 2002). É comum darem respostas de forma impulsiva, sem qualquer controlo emocional, acabando por serem alvo de críticas por esse motivo. Relativamente ao comportamento, das crianças com PHDA da apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade, verifica-se a agressividade e a insensibilidade, levando a perda de amigos com facilidade e sem saberem o porquê. Assim sendo, estas crianças têm características de imaturidade, irresponsabilidade, falta de educação e preguiça. Constata-se que estas crianças apresentam dificuldades em seguir instruções, não esperando a sua vez na situação de jogo ou a aguardarem numa fila (Lopes, 2004). No contexto escolar, rapidamente colocam-se numa situação de conflito com os seus pares. É notória a sua dificuldade em resistir à frustração, revelando preferência nas tarefas pouco trabalhosas e que são compensadas de imediato. As crianças com PHDA da apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade consomem pouco esforço e tempo nas atividades consideradas desagradáveis e enfadonhas (Lopes, 2004). Averigua-se que este tipo de crianças apresenta um maior risco de sofrer acidentes, pois existe uma maior tendência de se envolverem em atividades perigosas, sem medirem as consequências. Comprova-se que as características referentes a este tipo de dificuldades, nomeadamente a incapacidade para conter impulsos, aliada aos problemas de atenção, conduz a várias limitações na vida quotidiana da criança com PHDA. Como tal, assegura-se que numa criança em idade escolar inicia-se o processo de insucessos e fracassos como ponto de partida para o encaminhamento/despiste da PHDA (Rodrigues, 2005).

“A impulsividade também se traduz pela incapacidade em esperar uma recompensa reagindo bem quando os seus atos têm consequências imediatas, por isso é incapaz de trabalhar para resultados a médio e longo prazo” (Falardeau, 1999, p. 24). A definição de impulsividade é “a dificuldade de pensar antes de agir” (Selikowitz, 2010, p. 45). Como tal, as crianças com este sintoma apresentam grandes dificuldades em casa e na escola. Mesmo que seja ensinado à criança a pensar nas consequências das suas atitudes, não se consegue resolver o problema da impulsividade, isto porque as crianças não ostentam mecanismos inibidores comportamentais e reflexivos para aplicarem na sua vida diária. Consegue-se verificar que as crianças em idade pré-escolar são geralmente impulsivas ao não resistem à tentação de agarrar um objeto que veem, ou demonstram agressividade e frustração ao que não gostam, sem nunca pensarem nas consequências desses atos (Selikowitz, 2010). Realizou-se uma experiência através de uma teoria para controlar os comportamentos, visto existirem determinadas estruturas na parte frontal do cérebro que funcionam como sistema de inibição comportamental (Gray, 2000, cit in Selikowitz, 2010). Esta teoria de Gray foi realizada com o cérebro de ratos, porque o cérebro humano apresenta estruturas idênticas

Constatou-se que quando o lobo frontal do cérebro se desenvolve, as células nervosas, designadas por neurónios, que controlam o comportamento, “tornam-se mais poderosas e começam a desempenhar um papel mediador entre o que entra e o que sai do cérebro” (Selikowitz, 2010, p. 46). Isto acontece porque, a criança beneficia de mecanismos para pensar antes de agir. Ou seja, a partir deste momento a criança possui o conhecimento e a experiência para prevenir as reações impulsivas. As crianças com PHDA, com comportamentos impulsivos não os apresentam devido à ignorância, pois elas sabem, muito bem, a diferença dos comportamentos adequados em relação aos comportamentos desadequados (Selikowitz, 2010). O que acontece é que as crianças com PHDA da apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade reagem às situações diárias de uma forma reflexiva, ou seja impulsiva. Apenas com a ativação medicamentosa para atuar os sistemas de inibição comportamental, é que a criança com esta perturbação torna-se capaz de pensar nos seus atos antes de os realizar. Sabe-se que a impulsividade nas crianças com PHDA é manifestada de diversas maneiras. “Agem com impulsividade, pensam com impulsividade e sentem as coisas com impulsividade” (Selikowitz, 2010, p. 47). A manifestação mais recorrente é o sentirem com impulsividade, ou seja as crianças erram e atuam sem pensarem nos riscos que podem acontecer. As crianças com PHDA vivem em função de caprichos ou por encorajamento

de outras crianças, não percebendo o perigo e o aproveitamento que elas obtêm (Selikowitz, 2010). Este tipo de crianças age em função de uma recompensa pelos seus atos positivos (Falardeau, 1997). O autor reconta uma experiência realizada com uma turma de alunos sem perturbação juntos com alunos com perturbação (Falardeau, 1997). Nesta experiência foi pedido às crianças que resolvessem um certo número de problemas de cálculo. Seriam dados dois tipos de recompensa: uma pequena recompensa no fim de cada problema, ou uma recompensa muito mais importante que o somatório das pequenas, mas que seria entregue no final. As crianças com PHDA da apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade escolheram a recompensa imediata, pois preferiram a opção mais rápida.

Os sintomas de hiperatividade-impulsividade têm que surgir antes dos doze anos de idade, persistirem durante os últimos seis meses e estarem presentes em dois ou mais contextos (DSM-5, 2013).

9.3. Apresentação combinada.

As crianças com PHDA da apresentação combinada apresentam, simultaneamente, os sintomas de défice de atenção e de hiperatividade-impulsividade (Afonso, 2014). Como tal, este tipo de PHDA é uma problemática mais complexa que afeta o comportamento e a aprendizagem, tornando uma grande pressão na vida familiar e escolar. Ao longo do desenvolvimento da criança, com este tipo de PHDA, aumenta-se o risco de comportamentos desviantes, visto haver dificuldades de ajustamento pessoal e social.

10. Intervenção Terapêutica

É importante intervir nas crianças com PHDA devido às dificuldades que apresentam nas diversas áreas de desenvolvimento (Lopes, 2004).

“Nos últimos anos, as formas de intervenção no âmbito da PHDA têm sido alvo de várias investigações, sobretudo a intervenção a nível psicofarmacológico. No entanto, por trás dessa investigação persiste a frustração de não existir “cura” para esta perturbação, mas sobretudo

formas e estratégias de a gerir e controlar” (Goldstein & Goldstein, 1998, cit in Júlio, 2009, p. 47).

Assim sendo, as formas de intervenção mais utilizadas, para esta perturbação, encontram-se ao nível da medicação, da intervenção comportamental e da intervenção cognitivo-comportamental. “O uso de medicação demonstrou produzir efeitos mais claros e duradouros; a intervenção comportamental constitui uma ajuda eficaz da medicação; e a intervenção cognitiva-comportamental tem-se revelado pouco eficaz no tratamento da PHDA” (Lopes, 2004, p. 199). Os diferentes tipos de intervenção podem ser agrupados em duas vertentes: os que estão direcionados para a redução dos sintomas da PHDA e os que estão vocacionados para a diminuição dos problemas associados a esta mesma perturbação (Júlio, 2009). As intervenções não são utilizadas como métodos isolados, pois como a PHDA é multidimensional, será necessário ter “uma visão holística que permita a combinação de várias formas de intervenção” (Júlio, 2009, p. 47). De acordo com o autor, é necessário ter em atenção todos os contextos em que a criança se encontra, para que a intervenção seja eficaz em todos eles. Existem “contextos primários e secundários de intervenção, correspondendo os primeiros à família e à escola, e os segundos aos restantes cenários de atuação ou seja, aos espaços públicos, locais de lazer, casa de familiares e amigos, etc.” (Lopes, 2004, p. 200). A investigação, ao nível da intervenção farmacológica e das teorias comportamentais, tem demonstrado eficácia a curto prazo, não havendo certezas para os efeitos a longo prazo (Rodrigues, 2008). “A dúvida coloca-se quanto à sua utilização, isolada ou combinada, devido ao impacto alargado dos sintomas da PHDA na vida de cada indivíduo” (Rodrigues, 2008, p. 9). É revelado um estudo que foi efetuado pelo Instituto de Saúde Mental dos EUA, em 1992 (Smith, Barkley & Shapiro, 2006, cit in Barkley, 2006), intitulado de Multimodal Treatment Study of Children with ADHD – MTA, em que foram analisadas quinhentas e setenta e nove crianças, com idades compreendidas entre os sete e os nove anos de idade, ao longo de catorze meses. O objetivo principal deste estudo foi comparar os diferentes programas de intervenção, revelando a diminuição dos sintomas após a intervenção. A intervenção combinada revelou-se a mais eficaz de todos os três momentos follow-up, aos vinte e quatro, trinta e seis e quarenta e oito meses do estudo. “Foi possível verificar o desaparecimento das diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo submetido exclusivamente a medicação e a tratamento combinado, e um declínio generalizado por efeitos positivos da intervenção inicial” (Rodrigues, 2008, p. 10). Segundo o autor, atualmente a intervenção na PHDA envolve vários tipos de atuação: farmacológico, não

farmacológico, psicossocial ou do tipo multimodal ou combinado, sendo este último o que apresenta resultados mais eficazes. A combinação de fármacos com outros tipos de intervenção não farmacológica apresenta vantagens na redução dos sintomas da PHDA (Rodrigues, 2008). É possível verificar, primeiramente, a redução de intervenção à componente comportamental, pois a medicação atua nesse nível. Posteriormente, reduz-se a dose de medicação para cerca de cinquenta por cento, pois a intervenção comportamental, também produz efeitos. A intervenção pode ir desde o aconselhamento aos pais, quando a criança apresenta perturbações ligeiras de comportamento, até ao internamento residencial, quando existe problemas graves de conduta (Rodrigues, 2008). Isto é, as intervenções podem ser designadas por “intermediárias, que são aquelas que se orientam para a diminuição dos sintomas, para a modificação de comportamentos em sala de aula, ou para a modificação do comportamento nas idades pré-escolares (treino de pais) ou na adolescência (treino de aptidões sociais)” (Rodrigues, 2008, p. 11). As formas de intervenção científicas na sua eficácia são:

- a educação parental e dos docentes sobre a perturbação;
- a psicofarmacologia;
- o treino parental para crianças com idade escolar e intervenção na relação de pais e filhos, na adolescência;
- a terapia familiar;
- a modificação comportamental na sala de aula;
- o EE;
- o exercício físico regular;
- os grupos de suporte de pais;
- os serviços de apoio familiar nas intervenções residenciais e intensivas (Barkley, 2007, cit in Rodrigues, 2008)

Em contrapartida não existe tratamento para a PHDA, pois esta perturbação não é nem uma doença, nem uma patologia (Lopes, 2004). Assim sendo, é necessário manter o maior equilíbrio à criança, para que ela consiga conviver com as situações diárias. A terapia mais indicada para a PHDA é a multidisciplinar, pois envolve várias vertentes, tais como o tratamento médico (baseado em psicofármacos), o tratamento comportamental (baseado em técnicas de modificação de conduta) e o tratamento cognitivo-comportamental (utilizando técnicas cognitivas e comportamentais) (Porfírio, Fernandes & Borges, 1998). Os hiperativos são heterogéneos com múltiplas facetas, por isso deverá haver um tipo de intervenção diversificado a adotar (Shelton & Barkley, 1995). As intervenções deverão

divergir nos seus objetivos. Assim, umas devem reduzir os sintomas e outras melhorarem os problemas que acompanham a PHDA (exemplos: académicos, baixa autoestima, stress parental e comportamentos de oposição). Verifica-se que a eficácia da intervenção depende do tempo e da sua manutenção. Existem três momentos essenciais para intervir nas crianças com PHDA, sendo eles: o tempo, o momento e os agentes (Lopes, 2004). No que diz respeito ao tempo, a intervenção deverá orientar os sujeitos a realizar aquilo que sabem fazer no momento correto (Lopes, 2004). Mas, a intervenção só será eficaz se for orientada por um técnico que promova o nível dos défices neuropsicológicos da inibição comportamental.

Recentemente foi realizado um estudo em que se determinou que deve haver uma mudança nas atitudes interventivas, pois a intervenção deverá ser mais proativa do que reativa, implicando uma formação base para os profissionais (Rodrigues, 2008). A intervenção, também deverá ser mais ecológica do que clínica, com várias componentes, e não exclusivamente farmacológica. Como tal, concluiu-se que a intervenção deve criar capacidades baseadas em estratégias e técnicas diversificadas e combinadas de forma a reduzir os sintomas. Pois, a intervenção deverá ser ao longo da vida, evolutiva e centrada numa qualidade de vida.

10.1. Intervenção psicossocial.

É fundamental “focalizar contínua e sistematicamente a criação, implementação e avaliação de adaptações a utilizar em sala de aula, procurando que abarquem abordagens preventivas e remediadoras, para lidar com os problemas apresentados e que envolvam vários agentes de intervenção” (DuPaul & Stoner, 2007, p. 127). Logo, a intervenção nas crianças com PHDA:

“... deverá ser entendida na procura de uma forma de se lidar com a situação, com o objetivo de manter as dificuldades geradas pela perturbação, dentro dos limites que não se revelem arriscadas para o próprio nem para os que o rodeiam” (Lopes, 2004, p. 199).

Existem várias bases conceituais para intervir no contexto escolar, sendo elas:

- observar a PHDA, como uma perturbação grave, que se mantém ao longo da vida e acarreta comportamentos difíceis na gestão da sala de aula;
- perceber que os comportamentos sociais e académicos estão interrelacionados e originam dos problemas ligados às instruções;

- adotar uma perspectiva educativa nos problemas de comportamento, envolvendo profissionais adequados a esta perturbação;
- lidar eficazmente com os problemas de comportamento, de forma a obrigar a desenvolver e implementar programas e planos de apoio aos docentes;
- preparar profissionais responsáveis, para que os comportamentos das crianças com PHDA tenham treino adequado (DuPaul & Stoner, 2007).

Todas as bases conceituais referidas necessitam de intervenções em várias áreas de atuação, através de programas estruturados na gestão da PHDA no contexto escolar. É necessário intervir na formação e educação de docentes para esta perturbação (Rodrigues, 2008). A investigação tem demonstrado que o conhecimento e atitude dos docentes sobre a PHDA influenciam a intervenção no contexto escolar (Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2006). Para que a intervenção seja eficaz deverá haver uma relação entre a escola e a casa. Nesta relação deve aplicar-se técnicas específicas de modificação de comportamentos. Como tal, é necessário que os docentes e os pais sejam realistas desta perturbação, quer ao nível do conhecimento, quer ao nível dos objetivos, com o intuito de intervirem de uma forma motivada e em colaboração. Os pais e os docentes necessitam de um técnico especializado para a intervenção, pois tendem a culpabilizarem-se pelo insucesso da criança (Rodrigues, 2008). Estes técnicos adotam uma abordagem através de duas práticas, para que exista uma transmissão de informação entre a escola e a casa. As duas práticas são: os cartões de objetivos e os cartões de avaliação do comportamento diário (Rodrigues, 2008).

Outra das áreas que se deve intervir, em contexto escolar, é na área comportamental. Esta intervenção comportamental deve incluir a autorregulação, a modificação do contexto e do currículo e a relação casa/escola. Para isso, é importante atender à aprendizagem de competências e incluir objetivos respeitantes ao desempenho académico. Assim sendo, deve modificar-se o contexto físico da sala de aula, tendo em conta o local da criança no espaço da sala, a organização do espaço da sala, o posicionamento do material da sala e a utilização dos elementos organizativos da sala. É importante modificar o comportamento através de “contratos de comportamento, do time-out, do sistema de trocas e do custo de resposta” (Rodrigues, 2008, p. 14). Para estas técnicas serem eficazes, deve haver uma utilização sistemática e continuada. De modo a melhorar os comportamentos impulsivos, deverá haver técnicas de modificação do comportamento, através da autorregulação, como por exemplo: a automonitorização, o autorreforço/autoavaliação, a autoinstrução e a resolução de problemas. Mas, para além

destas técnicas, é importante referir fatores práticos e conceituais para intervir com as crianças que apresentam PHDA. Assim sendo, é recomendado atenção no planeamento da intervenção com as crianças (DuPaul & Stoner, 2007). Para essa intervenção, o docente deve aplicar estratégias preventivas e reativas de forma a manipular as situações que antecedem os comportamentos indesejáveis, evitando a ocorrência de interações problemáticas. “Estas estratégias devem ser acompanhadas muito mais, pela utilização do reforço positivo, sempre que ocorrem comportamentos apropriados, em vez do recurso à punição” (DuPaul & Stoner, 2007, p. 129). O docente deve “centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos que corrigidos e em que o professor seja mais proativo que reativo.” (Lopes, 2004, p. 205). O sucesso da intervenção, com crianças desatentas, tem a ver com as estratégias aplicadas no momento mais próximo da ocorrência do comportamento alvo. Isto porque, quanto mais tempo tiver sucedido ao comportamento, menos eficaz será a estratégia utilizada. “Para se alterar um comportamento impulsivo é necessário fazê-lo quando e onde o problema acontece” (DuPaul & Stoner, 2007, p. 129). Assim, deverá ter-se atenção ao momento em que ocorre o comportamento indesejado e aplicar uma intervenção, às crianças, de forma individualizada. Pois, nem todas as crianças que apresentam PHDA necessitam das mesmas necessidades de apoio, por não mostrarem o mesmo perfil de comportamento. Para intervir nas crianças com PHDA será necessário ter em atenção:

- o nível de desempenho escolar da criança;
- os comportamentos problemáticos da criança;
- os resultados que preocupam os docentes, pais e outras crianças;
- o tipo de instruções utilizadas pelo docente, para não limitar a eficácia das intervenções (DuPaul & Stoner, 2007).

As intervenções na problemática da PHDA não devem ser centradas só no docente, mas também nos pais, nos colegas e nas próprias crianças com PHDA, para criar-se uma intervenção mais alargada, aumentando as possibilidades de sucesso (DuPaul & Stoner, 2007).

A intervenção comportamental deverá ter em conta os seguintes parâmetros:

- os intervenientes deverão obter uma avaliação rigorosa dos problemas na sala de aula para apresentarem estratégias precisas e adequadas;

- deverá ser aplicado um feedback específico à criança com PHDA, com o objetivo de otimizar o seu desempenho, através de recompensas, logo após ao comportamento adequado;
- deve apresentar-se reforços positivos, sempre que exista comportamentos adequados;
- deve repartir-se as tarefas, para que a criança não manifeste desistência e enfado, sendo que à medida que ela vai evidenciando capacidades de conclusão de tarefas mais longas, dever-se-á aumentar o número de tarefas a realizar;
- deve ter-se em atenção ao desempenho escolar em vez dos comportamentos desadequados na realização de uma tarefa;
- deve utilizar-se as atividades preferidas da criança como reforços, sendo elas alternadas e variadas para evitar o desinteresse;
- o docente deverá ajustar com o aluno os privilégios que pode obter na sala de aula para a realização de atividades;
- o programa de intervenção deverá ser avaliado e ajustado para que os objetivos sejam cumpridos (Lopes, 2004).

As crianças com PHDA apresentam problemas de comportamento nas salas de aula (DuPaul & Stoner, 2007). Como tal, deve intervir-se neste contexto utilizando uma variedade de estratégias comportamentais, instrucionais e de aprendizagem, para gerir os problemas e garantir o sucesso escolar das crianças. Assim sendo, será necessário aprofundar a PHDA, no que diz respeito às suas causas, evolução e tratamento, envolvendo um grupo de profissionais que auxiliam a ultrapassar os obstáculos diários.

“Pela própria índole desta perturbação é na escola que se manifestam mais facilmente dois grandes grupos de sintomas: a conduta disruptiva da criança, e as suas dificuldades de aprendizagem. A situação torna-se frustrante para o professor e para o aluno e daí resulta um sentimento negativo e de aversão para com a criança, que geralmente se transforma em franca hostilidade” (Vásquez, 1993, p. 174).

É preciso elaborar e aplicar programas de intervenção no âmbito do contexto escolar (Vásquez, 1993). Como tal, exige-se ao aluno com PHDA mecanismos de autorregulação para tarefas específicas ao nível do processamento da informação, de modo a evitar problemas de comportamento, de aprendizagem, de interação social e de comunicação. Esta intervenção diz respeito “ao conjunto de técnicas utilizadas em contexto escolar no sentido de alterar ou manipular esse mesmo contexto, de forma a realçar sobretudo as competências possuídas por estes alunos” (Júlio, 2009, p. 48).

Os docentes têm como objetivo auxiliar os alunos que manifestem comportamentos característicos desta perturbação, melhorando o ambiente estrutural da sala, utilizando recompensas sociais e materiais para haver progressos nas aprendizagens, diminuindo a frustração e a hostilidade (Lourenço, 2009). “Para colmatar este distúrbio comportamental o professor deve tornar-se mais interativo e direcional, encorajando a autorregulação e o autorreforço, como meios de desenvolvimento de autoestima, igualmente favoráveis ao aumento da motivação” (Lourenço, 2009, p. 72). As estratégias devem motivar e incentivar os alunos a participar em atividades escolares, com o objetivo de promover o sucesso escolar e controlar o comportamento (Lopes, 2004).

A forma como os adultos agem perante as crianças é um fator a considerar, pois uma das principais características de aprendizagem é a modelagem, ou seja, a imitação (Rosa, 2014). Assim sendo, a criança demonstra interesse em reproduzir comportamentos observados nos adultos, como tal os pais serão os modelos por excelência. Para a autor deve haver um treino nos pais para auxiliá-los com esta perturbação. Para isso deve seguir-se determinados passos:

- verificar que comportamentos é que se pretende que a criança desempenhe;
- quais os comportamentos que se deve eliminar;
- quais as recompensas que se devem utilizar de forma correta;
- como ignorar os comportamentos desadequados;
- orientar os pais, para aplicarem instruções de forma clara e concreta;
- orientar os pais, com o intuito de aplicar consequências, quer sejam positivas, quer sejam negativas, face ao comportamento.

10.2. Intervenção cognitivo-comportamental.

O modelo cognitivo-comportamental consagra uma mudança comportamental na forma como as crianças pensam, experimentam e interpretam as situações (Júlio, 2009). Como tal, esta abordagem de intervenção utiliza técnicas para a promoção da autorregulação das crianças com PHDA. As técnicas podem ser de automonitorização, de autorreforço e de autoinstrução. Este tipo de terapia é a mais atual forma de tratamento da PHDA, incentivando o aumento do uso da linguagem, conseguindo-se um controlo do comportamento (Júlio, 2009). As intervenções cognitivo-comportamentais são aplicadas

diretamente na criança, num contexto clínico, com o intuito de melhorar o autocontrolo. Estas intervenções são baseadas em estratégias, como a automonitorização, o autorreforço e a autoinstrução (Lourenço, 2009). No que diz respeito à primeira técnica, esta tem como objetivo treinar o aluno para ser capaz de avaliar-se e o fazer o registo do seu próprio comportamento. Relativamente à segunda técnica, o aluno é ensinado a aplicar o seu próprio reforço, quer seja positivo, ou quer seja negativo. O aluno poderá realizar a sua própria folha de registo em fichas ou em acumulação de cartões, de forma a atingir uma determinada pontuação ou montante de fichas, trocando por prémios ou aplicação de elogios. Por último, a terceira técnica é uma estratégia, que se aprende por ensino ou treino, destinada a desenvolver competências de controlo do próprio comportamento.

Este tipo de intervenção tem como objetivo ensinar às crianças com PHDA estratégias para conseguirem resolver alguns dos seus problemas (Pinho, Mendes & Pereira, 2007). Contudo, este tipo de intervenção não resolve os problemas de hiperatividade na sua manifestação mais grave, por isso não é suficiente ser o único tratamento a utilizar. A intervenção na PHDA deverá ser do tipo farmacológico, através da administração de estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina e pemolina), não farmacológico, através de estratégias comportamentais ou cognitivo-comportamentais ou do tipo multimodal ou combinado (Gonçalves, 2009). Assim, será possível combinar o tratamento farmacológico com a intervenção comportamental. Uma das técnicas que pode ser utilizada é o relaxamento (Rosa, 2014). A partir desta técnica, consegue-se controlar, na criança, comportamentos impulsivos e a agitação motora, funcionando como elemento motivacional ou como recompensa no final de uma sessão de psicologia, pois as crianças reagem muito bem a este estímulo.

10.3. Intervenção farmacológica.

A intervenção farmacológica é coadjuvante às intervenções psicossociais e cognitivo-comportamentais (DuPaul & Stoner, 2007). Relativamente à medicação, verifica-se que os três tipos de medicamentos são: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos. No que diz respeito aos estimulantes, afirma-se que são os mais utilizados e referidos, pois são os que se apresentam com maior eficácia. Observa-se que entre cinquenta a noventa e cinco por cento das crianças, medicadas com este fármaco,

apresentam melhorias no comportamento e no desempenho acadêmico e social. Isto é, surgem efeitos positivos na atenção e na persistência do esforço para o trabalho e em sala de aula as crianças revelam alterações na realização de tarefas com comportamento adequado. Para, dez a trinta por cento das crianças tratadas através da medicação, agravam o seu comportamento, pois não apresentam reação positiva ao fármaco (Barkley, 2002). O mais conhecido dos estimulantes é o metilfenidato, pois aumenta a capacidade de excitação do cérebro, ativando a área responsável pela inibição do comportamento e pela manutenção da atenção (Rodrigues, 2008). Assim sendo, aumenta a disponibilidade no cérebro através do transporte de moléculas de dopamina e de norepinefrina. Pensa-se que as crianças com PHDA melhoram o seu desempenho, através deste fármaco (Barkley, 2002). Pois, os estimulantes servem para ativar a zona pré-frontal do cérebro, o centro de todos os problemas da PHDA. A utilização deste fármaco está contraindicado para cerca de um a três por cento das crianças que apresentam PHDA. Este medicamento pode provocar efeitos secundários, em algumas crianças, sendo os mais realçados:

- a perda do apetite;
- a perda de peso;
- o aumento da frequência cardíaca;
- o aumento da pressão arterial;
- o aumento da atividade cerebral;
- as insónias;
- os tiques nervosos;
- as psicoses temporárias;
- o nervosismo;
- as erupções cutâneas;
- as náuseas;
- as tonturas;
- as dores de cabeça;
- o comprometimento do crescimento.

Mesmo que a criança apresente um destes efeitos secundários, a situação tende a normalizar após a suspensão da medicação em vinte e quatro horas (Barkley, 2002). Para além dos estimulantes, também pode ser utilizado, na intervenção da PHDA, os tranquilizantes e os antidepressivos (DuPaul & Stoner, 2007). Estes medicamentos apenas serão utilizados, quando os estimulantes não acionam efeitos, ou quando existe ocorrência de efeitos secundários indesejáveis. Os efeitos da eficácia, destes medicamentos, são

menos duradouros e causam maiores efeitos secundários: como o aumento da pressão arterial ou os problemas cardíacos. A administração de estimulantes tem que obedecer a critérios (Rodrigues, 2008). Esses critérios deverão ter em conta um estudo diário e detalhado do comportamento da criança com PHDA, em parceria com a avaliação clínica, periódica, realizada por um médico. Estes critérios têm como objetivo detetar sinais indicadores de dosagens erradas, ou de que o medicamento não é o mais indicado para o caso específico da criança. Para que se detete, com coerência, estes critérios é necessário o papel do docente, de forma a prestar informações aos pais, ou aos médicos sobre os efeitos da medicação no comportamento das crianças, visto a medicação ser mais ativa no período escolar. O papel do docente não se restringe à prestação de informações, mas também aos momentos decisivos, anteriores ao início da prescrição da medicação (DuPaul & Stoner, 2007). Momentos esses, que se cingem na avaliação do comportamento da criança que possa ser suspeita ao diagnóstico de PHDA. Como tal, o docente deverá encaminhar a criança para um especialista, a fim de ser confirmado o diagnóstico e de se aferir a necessidade de medicação. Caso a criança se apresente medicada, o docente deverá ajudar a acertar a dosagem correta a tomar, pois encontra-se numa posição privilegiada para detetar mudanças no comportamento e no desempenho académico. De forma a auxiliar o docente a realizar informações, é importante o preenchimento de escalas de avaliação do comportamento. É fulcral o docente continuar a supervisionar as alterações do comportamento, pois estas podem indicar necessidade de ajuste na dosagem da medicação (DuPaul & Stoner, 2007).

A prescrição dos fármacos deve atender a alguns fatores, pois nem todas as crianças devem ser medicadas com este tipo de fármacos (Rodrigues, 2008). Os fatores são:

- a idade da criança, a duração e a severidade do problema;
- a história de sucesso ou fracasso de medicações anteriores;
- a ausência de história familiar de tiques ou síndrome de Tourette;
- os níveis de ansiedade dentro do normal;
- a motivação dos pais para o tratamento;
- a ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais;
- a responsabilização dos pais em seguir as normas da administração consoante o prescrito.

A utilização deste tipo de fármacos deve obedecer a uma avaliação clínica correta e a uma análise criteriosa da frequência e intensidade dos sintomas (Rodrigues, 2008). Assim

sendo, este tipo de intervenção tem como objetivo diminuir os sintomas e permitir a utilização de outras estratégias de intervenção com maior eficácia. “A sua utilização deve ser ponderada, e atender à situação individual de cada criança, nomeadamente ao seu plano de saúde, aos sintomas secundários e às suas condições de vida familiar e escolar” (Rodrigues, 2008, p. 12). A intervenção farmacológica na PHDA cinge a vários medicamentos para melhorar a atenção e o funcionamento comportamental e académico das crianças (DuPaul & Stoner, 2007). Verifica-se que de todos os tipos de medicação utilizados na PHDA, os estimulantes são os que causam maior eficácia na gestão dos sintomas. Como tal, este tipo de fármaco evidencia melhorias no tempo da atenção, no controlo dos impulsos, no desempenho escolar e no relacionamento com os seus pares. Apesar de haver melhorias, também se verifica que a eficácia da intervenção com estimulantes é limitada, sendo necessário recorrer a outras formas de intervenção. Deste modo a intervenção mais utilizada, e que oferece melhores resultados na PHDA, é a intervenção multimodal.

11. O Papel do Docente no Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Os docentes desconhecem a existência das características da PHDA, como tal sentem dificuldades em fornecerem auxílio aos alunos que apresentem esta perturbação (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000). Para os autores, os docentes estão pouco informados sobre os efeitos colaterais que os medicamentos estimulantes proporcionam. Assim sendo, é necessário que os docentes tenham consciência que cada criança é diferente de outra, ao nível do seu desenvolvimento, e por isso necessitam de um atendimento direcionado às suas capacidades e diversidades. Segundo os autores, os docentes apresentam maior destaque no diagnóstico, do que em aplicar ajustes comportamentais. Muitas vezes, eles são os primeiros a detetar o problema existente, mas sentem-se confusos, porque não conseguem confirmar as suspeitas para a PHDA. Apesar disso a situação do docente é privilegiada, pois é o único que conseguiria constatar alguns dos problemas associados à perturbação devido à relação pedagógica que estabelece com os seus alunos. Assim sendo, ele deve observar os comportamentos que surgem ao longo do trabalho individual e nas interações entre aluno/docente, dentro da sala de aula e nos

intervalos. Como tal, os docentes são um elemento fundamental na equipa que executa o diagnóstico e auxilia as crianças com PHDA. Os docentes são importantes para a equipa multidisciplinar, pois são fontes de informação relativamente ao diagnóstico (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000). Isto porque, estão expostos, diariamente, com as crianças que apresentam PHDA, numa variedade de contextos e situações revelantes clinicamente. Segundo os autores, as informações que os Enc. Ed., os docentes, o trabalho da equipa e outros profissionais obtém enriquece o processo de diagnóstico.

Os docentes são os primeiros a referenciar a avaliação de PHDA numa criança e, assim sendo, essas referências são utilizadas como modelos nas características da criança (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000). A escola demonstra interesse, entre os especialistas, pelo facto do papel que desempenha, na origem e na deteção deste problema e dentro da escola, são os docentes que identificam, nas crianças, atividade motora excessiva, inquietude e distração (García, 2001). A falta de atenção do DSM-5 é identificada na base de atividades académicas e as observações e as perceções dos docentes são essenciais (Havey, 2007). Um docente terá o sucesso dos seus alunos com PHDA se conseguir acolher bem a individualidade e a criatividade na sala de aula e na resolução de exercícios. Para tal, o docente deverá refletir, nas ações desencadeadas dentro da sala de aula, em dar apoio individual aos alunos com PHDA, em ter uma sala bem estruturada, em apresentar a esses alunos tarefas curtas e explicadas passo a passo e em sentar esses alunos junto de si ou junto dos colegas mais tranquilos e distantes de fontes de distração. Os docentes devem manter um espírito aberto e uma atitude compreensiva ao lidar com crianças hiperativas, não esquecendo que a atividade motora excessiva é uma característica que elas não conseguem controlar (Sosin, David & Myra, 1996). Este tipo de crianças, com uma atividades excessiva e escassa sociabilidade, origina conflitos com os colegas e docentes. Como tal, surge nestas crianças expectativas frustrantes e estádios de cólera e hostilidade. Mas, para o docente conseguir colmatar este distúrbio comportamental, deve ser mais interativo e direcional, encorajando a autorregulação e o autorreforço, como meios de desenvolvimento de autoestima, e o aumento da motivação. Deve desenvolver-se, nos docentes, uma consciência epistemológica que os faça questionar e refletir sobre as suas práticas pedagógicas, implementar formas de trabalho colaborativo entre colegas e entre estes e os alunos (César, 2003). Os docentes/educadores, com alunos que apresentam PHDA, sentem dificuldades em estabelecer objetivos adequados, pois a hiperatividade alia-se à dificuldade em manter a concentração, por períodos longos, e a estímulos pouco pertinentes ou diversos estímulos, simultaneamente. Os docentes que

esperam que todos os seus alunos estejam e se comportem em conformidade com todas as exigências e expectativas vai desapontá-los e ensinar-lhes a odiar a escola (Sosin, David & Myra, 1996). Assim sendo, as interações negativas entre docente/aluno podem refletir numa fraca reabilitação escolar e social, levando à redução da motivação e da autoestima da criança, conduzindo-a ao fracasso escolar. Em contrapartida, se a interação entre docente/aluno for positiva, existe a possibilidade de aumentar o sucesso a longo prazo, levando ao aluno a capacidade de realizar a sua autoavaliação, expressar uma atitude de aprovação/desaprovação e acreditar na capacidade do seu sucesso. Como tal pretende-se que o professor evite estabelecer relações conturbadas, pois as crianças com PHDA apresentam uma grande dificuldade em controlar a impulsividade. Assim sendo, a atitude mais correta do docente será informar a família e direcioná-la para uma consulta especializada, quando suspeita que um aluno seu apresenta PHDA.

12. Perceções dos Docentes

No que se refere às perceções, pode afirmar-se que a palavra deriva do latim “perceptio-ônis”, referindo-se à ação ou ao resultado de perceber. Assim sendo, é “uma representação mental de objetos ou acontecimentos exteriores, com base numa ou em múltiplas impressões sensoriais” (Lisboa, 2001, p. 2819). As perceções dos docentes referem-se às representações mentais que eles organizam sobre a realidade educativa onde intervêm (Baliza, 2002). Contudo, a literatura demonstra que a realidade das perceções encontra-se ligada às representações sociais. Entende-se por reprodução mental o que cada pessoa faz do mundo e dos outros, através das incorreções e enviesamentos resultantes de cada um, como indivíduo (Baliza, 2002). Como tal, as representações sociais apresentam-se como vulneráveis, pois cada pessoa constrói-as e pensa em função de si próprio. A realidade que cada pessoa cria é produzida por um conjunto de vários fatores, que originam do meio onde se insere, passando pela comunidade onde se desempenha a atividade profissional. Esta construção da realidade envolve o comportamento e a mobilização de todas as dimensões enquanto pessoa. Estabelece um paralelismo entre as representações sociais e as perceções, como conceitos que se interligam. Estes dois envolvem a representação mental da realidade da pessoa, baseando o primeiro no segundo conceito (Vala & Monteiro, 2006). Ou seja, para representar-se mentalmente uma realidade, deverá ser necessário percecionar com estímulos o que lhe

está associada. A percepção é entendida como o resultado da ação de fatores naturais que dizem respeito às características do estímulo e à estrutura da informação (Vala & Monteiro, 2006). Assim, como os fatores comportamentais dizem respeito a aspetos motivacionais, emocionais e sociais da pessoa. A percepção é designada pelo resultado da ação entre os fatores referidos, ocorridos num processo de organização e interpretação dos estímulos sensoriais (Baliza, 2002). Deve considerar-se a percepção dos docentes como um atendimento à representação mental da realidade, isto é realidade educativa. Esta realidade encontra-se condicionada por todo um conjunto de concepções, crenças e preconceitos, que caracterizam o docente, comprometendo a resposta e a ação na sua atuação (Fonseca, 1998). A investigação das percepções sobre a PHDA remete-se para a importância de um melhor entendimento da natureza dos comportamentos que lhe estão associados, de forma a projetar uma intervenção mais ajustada junto das crianças (Fonseca, 1998). Pois, existe um desfasamento entre a realidade e as percepções que as pessoas têm sobre os problemas do comportamento das crianças e as estratégias de intervenção mais adequadas. Assim sendo, uma intervenção é demonstrada “pela modificação das expectativas e atitudes irrealistas ou distorcidas” (Fonseca, 1998, p. 210) que os docentes, os pais e os educadores possam crer sobre os comportamentos destas crianças. Para o mesmo autor é importante referir o apuramento das percepções que cada um tem sobre o comportamento da criança com PHDA, podendo ou não influenciar as suas reações aos problemas das referidas crianças. No contexto escolar, é fundamental o docente ser conhecedor da realidade da PHDA, de modo a melhorar os problemas que lhe são colocados na vida quotidiana. Como tal, é essencial que o docente conheça as percepções sobre a PHDA, pois deve existir uma relação entre a percepção e a atitude que se manifesta, quando se lida com crianças com esta perturbação.

“Considerar a percepção dos professores, significa atender à representação mental de uma realidade – a realidade educativa – que se encontra imbuída por todo um conjunto de concepções, crenças e preconceitos, que fazem parte das ideias do próprio professor e por consequência condicionam a sua ação e resposta no cenário da sua atuação” (Baptista, 2010, p. 65).

Devido à realidade escolar e às dificuldades que os docentes que lecionam alunos com PHDA, e até os próprios alunos que enfrentam a perturbação, existe uma relação entre a percepção e a atitude que os docentes manifestam quando trabalham. A investigação efetuada nesta área clarifica a percepção que os docentes têm sobre a PHDA, de forma a existir uma intervenção mais ajustada junto dos alunos (Bautista, 2010).

Contudo, verifica-se uma divergência entre a realidade dos estudos e as percepções que os docentes têm sobre os problemas comportamentais dos seus alunos e das estratégias de intervenção adequadas. Para lecionar, em turmas com alunos que apresentam PHDA, é necessário perseverança, disponibilidade, flexibilidade e formação específica, de forma a existir uma relação harmoniosa entre docente e aluno. “A literatura, de uma maneira geral, aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, tendo sido esta, identificada com um dos maiores obstáculos para responder às necessidades de crianças com PHDA” (Lourenço, 2010, p. 18). “A falta de conhecimento da natureza, causas e evolução desta perturbação, condicionam a intervenção do professor, que em muitos casos se baseia em mitos e crenças da mesma” (Bautista, 2010, p. 70). Como tal, considera-se que “a formação dos docentes, ou a aquisição de conhecimentos específicos, sobre a PHDA é uma condição necessária para proporcionarmos respostas adequadas às necessidades destas crianças” (Fernandes, 2007, p. 44). Para o autor o docente deve ser capaz de definir estratégias e adequar as suas práticas pedagógicas, para minimizar as dificuldades dos alunos dentro da sala de aula. Assim sendo, o docente deve definir estratégias através da coordenação de esforços entre os Enc. Ed., os docentes e os psicólogos escolares, para promover a ativação do desenvolvimento psicológico dos alunos com PHDA. É necessário que o docente trabalhe com os alunos, a nível pessoal, manifestando flexibilidade, tempo e energia para conseguir um relacionamento positivo entre o docente e o aluno (Fernandes, 2010). No entanto, para isso acontecer, verifica-se que o docente terá que adquirir conhecimentos sobre a perturbação, ao nível das características comportamentais. Com esta aquisição de conhecimentos, o docente consegue intervir adequadamente nos comportamentos indesejáveis ou perturbadores em contexto escolar. As percepções e as crenças sobre a PHDA influenciam a interpretação da realidade, levando a atitudes e comportamentos interventivos adequados (Bautista, 2010).

Capítulo II. Enquadramento Empírico

1. Metodologia

Pode afirmar-se que existem várias metodologias para a realização de um estudo, mas umas são mais adequadas para determinados objetivos do que outras. Como tal, a escolha metodológica não deve ser o ponto de partida, mas sim a forma que se encontra pertinente de analisar a realidade que se pretende conhecer, assim como os objetivos que se propõem. Este estudo serve para verificar a perceção sobre as atitudes dos docentes do 1º Ciclo do EB, face aos comportamentos perturbadores das crianças com PHDA, assim como as dificuldades sentidas nas práticas educativas. Verifica-se que os docentes apresentam dificuldades em aplicar estratégias pertinentes para colmatar os comportamentos perturbadores. Por isso, o estudo tem o intuito de verificar se existem estratégias adequadas ou mais assertivas para que os comportamentos perturbadores diminuam. Contudo, constata-se que este tipo de estudo pode apresentar limitações, pois ao identificar-se estratégias eficazes para uns alunos, com algumas características, podem não ser adequadas para outros alunos, com outras características.

Este estudo é caracterizado por uma metodologia qualitativa, pois incide num estudo de caso. Através desta metodologia efetua-se uma análise sobre a realidade dos docentes do 1º ciclo do EB acerca da PHDA. Salienta-se que através desta metodologia de investigação é possível e adequado saber o como e o porquê dos acontecimentos pretendidos, ou seja, saber como os docentes percecionam a PHDA e por que é que indicam que as estratégias e as terapias identificadas são as mais eficazes no trabalho com crianças que apresentam esta perturbação.

A partir do estudo de caso é possível combinar métodos quantitativos com métodos qualitativos, proporcionando uma melhor compreensão do caso a estudar. Assim sendo, pode verificar-se que no presente estudo existe o paralelismo entre as duas metodologias, pois na metodologia qualitativa apresenta-se o objeto de estudo e a questão aberta do inquérito por questionário, com recurso à análise de conteúdo, e na metodologia quantitativa verifica-se a recolha de dados, sendo ela o inquérito por questionário.

A realização deste estudo foi concebida através da uma triangulação entre um carácter exploratório, ou seja, descritivo, assim como de uma análise, fundamentalmente,

quantitativa e de uma análise qualitativa dos resultados, incidindo-se, particularmente, no estudo de caso a docentes do 1º Ciclo do EB. De forma a garantir a triangulação de dados, optou-se pela análise documental e bibliográfica, com o intuito de comparar os resultados obtidos com a pesquisa de outros artigos científicos. Como tal, este estudo é considerado descritivo, pois esta investigação apresenta: a formulação do problema, o enquadramento teórico, a formulação dos objetivos, a definição da amostra, a escolha de técnicas e a recolha de dados (instrumento utilizado). A metodologia de um trabalho científico tem como propósito um conjunto de procedimentos e estratégias. Com tal, engloba-se em dois momentos essenciais: no estado da arte/enquadramento teórico e no enquadramento empírico. No que se refere ao primeiro momento é elaborado uma consulta criteriosa e rigorosa de opiniões e dissertações de autores, de forma a garantir a idoneidade no domínio do estudo. Relativamente ao segundo momento do estudo, é apresentado a definição do problema, os objetivos essenciais, que serão consolidados através de elementos de uma amostra determinada, com o intuito de responder ao problema inicial. A metodologia utilizada no estudo tem como objetivo esclarecer as necessidades específicas de todos os objetivos. Assim sendo, tenta procurar-se estabelecer uma relação entre a metodologia e os instrumentos com os objetivos propostos. Uma investigação qualitativa utiliza-se critérios de validade interna, externa, fidelidade e objetividade para conferirem veracidade estatística nas afirmações. Considera-se que todos os estudos apresentam um design e um método de investigação. Através do design de investigação definido, recolhe-se, analisa-se e interpreta-se os dados e os resultados obtidos. A escolha de um design de investigação apropriado ao estudo resulta de um rigor científico na mesma investigação. Um método permite responder à pergunta inicial do estudo, permite recolher a informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), de forma adequada e com os procedimentos corretos, identificando e realçando os aspetos fundamentais da investigação (Ribeiro, 2007). Para o autor, as técnicas quantitativas necessitam do uso de medidas e de métodos padronizados e convertidos em números. Para qualquer investigação deve ter-se em consideração processos operativos, objetivos rigorosos que se adequam ao tipo de problema em causa, assim como facilitadores para serem aplicados em condições favoráveis (Tuckman, 2002). Para finalizar foram recolhidos dados, através de uma técnica e instrumento de recolha de dados, o inquérito por questionário. Antes de se aplicar o inquérito por questionário foi elaborado um pré-teste para garantir a consistência e fiabilidade da recolha de dados, e assim garantir a impossibilidade de generalizar o estudo face ao design optado. Posteriormente, foram

analisados e tratados numa perspetiva analítico-descritiva, que era a mais adequada para o estudo (Pardal & Correia, 2004). Este processo de recolha de dados é o mais adequado para se obter uma comparação dos mesmos, e por conseguinte uma resposta ao problema.

2. Design

O estudo realizado é de carácter não experimental, pois no que diz respeito a uma pesquisa experimental, ela consiste em “determinar um objeto de estudo, seleccionar as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definir as formas de controlo e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto” (Gil, 2002, p. 47). Assim sendo, este estudo não se fundamentou nesta pesquisa, pois não existiu variáveis, hipóteses e grupos de controlo.

Como tal, o design do estudo foi elaborado a partir de uma abordagem teórica sobre a investigação qualitativa e quantitativa em educação, particularmente no estudo de caso e do instrumento de recolha de dados, o inquérito por questionário de questões fechadas, abertas e múltiplas respostas. Contudo, o estudo tem predominância na metodologia quantitativa, pois o inquérito por questionário formulado baseia-se, principalmente com questões fechadas e múltiplas respostas. A escolha metodológica deve depender das respostas que o investigador predefine (Guba & Lincoln, 1994). Para os autores, as questões do paradigma são essenciais e, como tal o investigador deve desenvolver a sua pesquisa clarificando-as para servir de guia à sua investigação. A importância da metodologia é a compreensão mais profunda dos problemas, ou seja, deve consistir em investigar o que está por trás de certos comportamentos, atitudes ou convicções (Fernandes, 1991). No que diz respeito à pesquisa qualitativa, trata-se de uma de um estudo de caso (Ludke & André, 1986). Esta tem vindo a ganhar muita aceitação e credibilidade na área da educação, mais precisamente para investigar questões relacionadas com a escola. Um estudo de caso define uma entidade, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social (Ponte, 1994). O autor caracteriza esta investigação como particularista, pois debruça-se sobre determinadas situações como únicas, procurando descobrir o mais importante e característico. O estudo de caso qualitativo caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, indutivo, particular e de natureza heurística, levando à compreensão do próprio estudo

(Merriam, 1998). O estudo de caso é sobre um fenómeno específico, tal como um programa, um acontecimento, uma pessoa, um processo, uma instituição ou um grupo social. Este tipo de investigação tem como principais vantagens: o método ideal para caracterizar e aprender acerca de um indivíduo em particular, assim como o investigador poder alterar os métodos da recolha de dados e estruturar novas questões de investigação. O estudo de caso consiste numa descrição e análise de todos os indicadores e fatores que constituem as unidades sociais e/ou as entidades educativas de carácter único (Yin, 1989). Isto é, tentar compreender aquela realidade única, quer seja do indivíduo, do grupo, da instituição social e/ou escolar ou até da comunidade em estudo (Martins, 1996). O estudo de caso possui capacidade de criar hipóteses e descobrimentos, pois centra-se nos interesses dos participantes (Stake, 2007). O estudo de caso possui a flexibilidade necessária para ser aplicado em situações naturais que estão a ser investigadas. O autor afirma, que existem quatro propriedades indispensáveis ao estudo de caso, sendo elas: ser particular, descritivo, heurístico e indutivo. Assim sendo os objetivos resumem-se em cinco pontos: “descrever e analisar situações únicas; gerar hipóteses que contrastem com outros estudos mais rigorosos; aquisição de conhecimentos; diagnosticar uma situação para orientar ações de intervenção; e complementar as informações provenientes de investigações quantitativas” (Martins, 1996, p. 15). Como tal este estudo baseia-se na investigação, pois pretende compreender as dificuldades sentidas pelos docentes do 1º Ciclo do EB e as estratégias e terapias adequadas para aplicar nas crianças diagnosticadas com PHDA (Merriam, 1998; Martins, 1996).

O estudo incide numa abordagem qualitativa, não apenas pelo estudo de caso, mas também pelo facto de fazer referência à análise de conteúdo, pois existe uma questão de resposta aberta no inquérito por questionário. A análise de conteúdos que tem como objeto de estudo a linguagem (Bardin, 2009). A análise de conteúdo tem como objetivo analisar as características de uma mensagem, através da comparação das mensagens dos vários recetores, analisar o contexto ou o conceito nas diversas mensagens e analisar as condições que fizeram produzir a mensagem dos recetores (Bardin, 2009). É uma técnica que se utiliza para ler e interpretar todo o conteúdo de documentos, que após analisados adequadamente, possibilita o conhecimento de aspetos e fenómenos da vida social (Olabuenaga & Ispizúa, 1989). Os métodos e as técnicas de análise podem variar em função dos objetivos propostos. Assim sendo, a perceção do conteúdo depende dos objetivos propostos (Moraes, 1999). Como tal, uma compreensão dos diferentes

fundamentos da análise de conteúdo é importante para que o investigador consiga extrair o máximo de informação solicitada pelos inquiridos (Moraes, 1999).

Mas este estudo não se baseia, apenas, numa pesquisa qualitativa, mas, principalmente numa pesquisa quantitativa com recurso ao inquérito por questionário, como único instrumento de recolha de dados. Esta metodologia quantitativa é um instrumento, que apesar de produzir uma informação menos detalhada, torna-se um recurso para o investigador chegar ao conhecimento científico (Fortin, 1996). Assim sendo, implica a aplicação de técnicas, selecionando as amostras e a seleção aleatória dos sujeitos da amostra. Verifica-se que uma das vantagens deste instrumento é a análise de inclusão dos resultados, de um conjunto mais ou menos alargado de pesquisas sobre um determinado assunto. Contudo, a principal restrição prende-se no facto de o investigador ser inapto de manusear ou controlar determinados aspetos. O inquérito por questionário permite obter as informações, junto dos docentes, importantes para o conhecimento das suas perceções, face aos comportamentos perturbadores das crianças que apresentam PHDA. A definição de questionário traduz-se por uma “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas situações vivenciadas, etc.” (Gil, 1999, p. 128). Num inquérito por questionário são utilizados três tipos de perguntas: as perguntas de identificação dos sujeitos (sexo, idade, etc.), as perguntas de conteúdo que podem ser apresentadas de forma fechada, múltipla e aberta. Com as perguntas de forma fechada apresenta-se um conjunto de alternativas de resposta para que seja escolhida a melhor que apresente o ponto de vista ou situação pretendida, num espaço limitado (Gil, 1999). Por outro lado as perguntas de forma aberta, o entrevistado responde livremente. As perguntas de forma múltipla, o entrevistado tem a possibilidade de escolher mais de uma opção, entre várias. Neste tipo de recolha de dados é possível recorrer-se a respostas estruturadas ou não estruturadas. Na primeira situação, utiliza-se uma escala, para que os sujeitos possam expressar o grau da sua aprovação ou rejeição, no que diz respeito a uma questão, o que origina uma medida quantitativa de aprovação ou rejeição. No que se refere à segunda situação, o entrevistado responde de forma espontânea. Este tipo de instrumento de recolha de dados tem como vantagens o baixo custo, a possibilidade de abranger um número vasto de sujeitos, garantir o anonimato dos sujeitos, não expor os inquiridos à influência das opiniões e do seu aspeto pessoal e permitir uma resposta adequada ao momento em que o entrevistado responde (Gil, 1999). Por outro lado, para o autor, também existem

desvantagens neste instrumento, tais como: excluir os sujeitos analfabetos, não existe auxílio ao inquirido, não garante que todas as pessoas devolvam o questionário totalmente preenchido e proporciona resultados críticos em relação à objetividade, uma vez que os itens de pergunta e resposta podem apresentar significados diferentes para cada sujeito.

De forma a efetuar uma triangulação de dados, é realizada, para além da metodologia qualitativa, através do estudo de caso e da análise de conteúdo e da metodologia quantitativa, através do inquérito por questionário, a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica.

“A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinados assuntos, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico porque ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (Gil, 1999, p. 66).

3. Situação Problema

Após o término do enquadramento teórico, onde se refletiu aspetos inerentes à PHDA, inicia-se um capítulo que abordará a metodologia de investigação utilizada. Cada vez mais, processa-se a mudanças no sistema educativo, e como tal surgem debates que exijam uma clarificação dos conceitos e das estratégias a utilizar. Atualmente existem alterações introduzidas no sistema educativo que necessitam de novas orientações, assim como novos procedimentos e medidas a adotar nos alunos com NEE. Uma investigação procura conhecer o objeto de estudo e delimitar a sua problemática (Quivy & Campenhout, 2005). Como tal, o investigador deve conseguir estabelecer um fio condutor, de forma clara, quanto realizável, para que o seu trabalho se inicie e se estruture com coerência. Identifica-se como problema a investigar o ponto de partida e a partir daí estrutura-se o trabalho na procura de respostas. Para qualquer problema de investigação deve ter-se em conta a clareza e que este não tenha ambiguidades, pois será mais facilmente legível e terá, apenas, uma interpretação. Qualquer investigador deve formular a questão de partida de forma exequível, ou seja, viável, dentro das possibilidades que reúne no momento. Uma boa pergunta deverá ser precisa, concisa e unívoca, de modo a que seja facilmente compreendida e deverá ser pertinente para que seja adequada ao fim

em vista (Quivy & Campenhout, 2005). A PHDA é uma perturbação que apresenta um estado de mobilidade quase permanente, isto é, desde as primeiras idades, manifestando-se em várias áreas. Uma hiperatividade motora pode estar associada a uma hiperatividade verbal, podendo aparecer perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade (Lopes, 2004). A falta de atenção, também é outro dos sintomas da síndrome, assim como a irritabilidade e a impulsividade. A PHDA pode ser caracterizada, também, por comportamentos repetitivos e por um sintoma comportamental, designada por desobediência patológica (Polis, 2008). Esta designação é entendida como incompreensão de ordens, repetição dos erros e incompreensão perante os castigos.

Atualmente verifica-se que os alunos que apresentam PHDA têm bastantes dificuldades de atenção e de concentração. Existe uma forte probabilidade de apresentarem dificuldades de aprendizagem escolar e, por conseguinte, desmotivarem-se com frequência (García, 2001). Assim sendo, os docentes do ensino regular devem ter uma preocupação em alterar as suas práticas pedagógicas, de forma a se ajustarem a estes alunos, dispensando-lhes algum tempo, para que eles possam alcançar o sucesso escolar por mérito. Qualquer docente deverá saber avaliar e desenvolver as suas práticas pedagógicas, modelando-as para otimizar uma maior qualidade no ensino e no desenvolvimento de novas práticas educativas, resultando assim, numa maior igualdade e justiça social. Constata-se que, o problema da hiperatividade é um assunto importante no domínio do nosso quotidiano. Esta perturbação afeta a vida de um grande grupo de crianças, quer na escola, quer na comunidade, quer no relacionamento com os outros. Constata-se que, a PHDA é a perturbação mental da infância e da adolescência mais estudada. Como tal, esta “é uma das perturbações da infância mas frequentemente diagnosticadas e representa na atualidade um tema de grande importância para a saúde pública” (Costa, Heleno & Pinhal, 2010, p.16). Deve descrever-se o comportamento das crianças hiperativas como uma conduta caótica, inquieta, não focalizada em objetivos e finalidades e com falta de persistência. “Portanto, trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, que não prestam atenção na sala de aula, que mudam continuamente de tarefa e apresentam uma atividade permanente e incontrolada, sem se dirigir a um determinado objetivo ou fim” (García, 2001, p.12). Como reflexão sobre as características enumeradas anteriormente, verifica-se que a questão comportamental é a condição fundamental das desadaptações destas crianças em contexto escolar. Através da natureza desta perturbação, averigua-se que é na escola que os alunos exteriorizam a sua conduta disruptiva e conseqüentemente surgem, então, as dificuldades de aprendizagem. As

crianças com PHDA apresentam problemas em captar a informação sensorial, em organizá-la e em processá-la cognitivamente para, depois expressá-la corretamente (García, 2001). “Lecionar em turmas com crianças que apresentam PHDA requer um cuidado especial, pois nem sempre é fácil captar a atenção destas. Paciência, disponibilidade e formação específica, são elementos cruciais para uma boa relação professor – aluno” (Fernandes, 2007, p. 43). A partir destes aspetos, os docentes veem-se confrontados com comportamentos hiperativos, com comportamentos impulsivos, não focalizados em objetivos e finalidades, com elevados níveis de falta de atenção e muitas vezes com desmotivação associada.

Por isso, será importante compreender qual o ponto de vista dos docentes relativamente a esta temática, quais as características que consideram mais comuns, quais os comportamentos que interferem com o sucesso escolar e quais as estratégias e terapias que estes utilizam para ajudar os alunos com PHDA. Desta análise, surge a pergunta de partida, a seguir enunciada, que leva ao estudo que se propõe. Como tal, o problema que motivou esta investigação foi a procura de um maior conhecimento sobre o assunto e a contestação que coloca os docentes perante esta mesma perturbação. O estudo incide nos docentes do 1º Ciclo do EB, pois existe um programa nacional para cumprir e estes demonstram dificuldades em diversificar as suas práticas, atendendo às características de cada aluno, ou seja adaptarem as metas curriculares à especificidade da PHDA.

É através desta investigação que se pretende conhecer e compreender as diversas realidades vividas pelos próprios docentes, sobre as estratégias utilizadas para auxiliar os alunos com PHDA. Assim sendo, é importante uma pergunta de partida para que a investigação tenha coerência e exequibilidade.

4. Pergunta de Partida

O problema a investigar deve representar o ponto de partida da pesquisa e para o qual se vai procurar encontrar resposta. Como tal, o problema da investigação deve constituir uma pergunta de partida, formulada claramente e sem ambiguidades, de forma que seja facilmente inteligível e admitir, apenas, uma interpretação. O investigador ao formular a pergunta de partida deve certificar-se que ela é exequível, ou seja viável dentro das possibilidades que reúne no momento. Assim sendo para o problema proposto a trabalhar, foi elaborada a seguinte pergunta de partida para a investigação:

- Como percebem os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?

Ao abordar-se o tema das percepções dos professores, é importante definir o que se entende por percepção. Entende como percepção “a ação ou o resultado de perceber” (Baptista, 2010, p. 64). Mais especificamente “é uma representação mental de objetos ou acontecimentos exteriores, com base numa ou em múltiplas impressões sensoriais” (Baptista, 2010, p. 64). Afirma-se então, que as percepções dos docentes estão associadas a representações mentais, construídas na base da realidade educativa que intervém.

“A investigação das percepções que os adultos possam ter sobre a PHDA, reveste-se de toda a importância na medida em que pode contribuir para um melhor entendimento da natureza dos comportamentos que lhe estão associados e por esta via projetar uma intervenção mais ajustada junto destas crianças” (Baptista, 2010, p. 65).

Assim sendo, esta investigação é pertinente, pois centra-se na avaliação do grau de informação e conhecimento, dos docentes sobre a PHDA, isto porque existem dados científicos que associam a percepção à atitude que estes manifestam, quando lecionam em turmas com alunos que apresentam PHDA. Ressalva-se que este estudo contribui para mais um avanço científico nesta área, pois servirá para auxiliar os docentes na escolha de uma intervenção mais eficaz em contexto escolar. Este estudo pretende realizar um registo das representações que os docentes apresentam acerca das diferentes questões relacionadas com esta perturbação. Assim sendo, segue-se os aspetos metodológicos relativos ao estudo.

5. Perguntas Orientadoras

De acordo com a revisão da literatura e face à investigação pretendida formularam-se as seis seguintes perguntas orientadoras:

- Quais os conhecimentos que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**
- Quais as percepções que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre as características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**
- Quais os tipos de apoio que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram adequados para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

- Para os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, quais as causas resultantes da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?
- Quais as estratégias inclusivas que os docentes de 1º Ciclo do Ensino Básico utilizam, habitualmente, para melhorar o comportamento, a atenção e a concentração dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?
- Quais as terapias de intervenção que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico reconhecem como adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?

Atualmente, devido ao número elevado de alunos em cada turma torna-se difícil dar apoio necessário a cada um.

“As principais queixas dos professores contra a criança hiperativa assentam no facto desta não conseguir permanecer no seu lugar, de incomodar os colegas durante o trabalho, de não se concentrar nas explicações do professor ou de não realizar as atividades que lhe são propostas” (Polaino-Lorente & Ávila, 2004, p. 34).

É importante conhecer esta problemática para se conseguir compreender estas crianças (Selikowitz, 2010). Quando se determinar quais as dificuldades que são originadas pela PHDA, deve tentar-se compreender que o comportamento e a insuficiência de aprendizagens prestam-se à incapacidade que elas têm. Como tal, os docentes têm um papel muito importante, porque devem ser compreensivos e conseguir ajudar os seus alunos. A família é a primeira escola para a criança, como tal quando o meio familiar falha, ou é deficiente, será, à escola que compete fornecer as potencialidades de aprendizagem (Delors et al., 1998). Verifica-se que quando as crianças têm necessidades específicas que não podem ser diagnosticadas ou satisfeitas no seio familiar, a escola deverá prover auxílio e orientação especializada de modo a que se possam desenvolver talentos, apesar das dificuldades de aprendizagem. Assim sendo, é fundamental que o docente conheça a problemática e consciencialize-se do seu papel na vida dos seus alunos. Outro aspeto a salientar pelos autores tem a ver com a relação existente entre o docente e o aluno, pois é o cerne de todo o processo pedagógico. Assim sendo, o docente só poderá fazer um bom trabalho se for um profissional qualificado e beneficiar de apoios suficientes. Para isso supõe-se que deve existir meios de trabalho e de ensino adequados, tal como um sistema de avaliação e de controlo para permitir diagnosticar e remediar as dificuldades.

Pode afirmar-se que, a partir das questões orientadoras, esta investigação será um contributo para o aprofundamento dos conceitos teóricos e de melhores práticas no atendimento aos alunos que apresentam PHDA, valorizando a Escola Inclusiva.

6. Objetivos Geral e Específicos

A contextualização e a definição dos objetivos de trabalho são fundamentais na elaboração de investigações (Bell, 2008). O conhecimento que o docente tem sobre a PHDA influencia a sua atitude, assim como a introdução de mudanças pedagógicas. O estudo das perceções que o docente tem acerca da PHDA poderá auxiliar a compreender o seu nível de conhecimento e respetivas consequências. Verifica-se que o modo como o docente operacionaliza, a sua prática educativa e encara a gestão dos recursos humanos, poderá constituir-se como facilitador ou dificultador, na implementação de medidas adequadas aos alunos com PHDA. Deste modo, é pertinente encontrar um conhecimento correto sobre o modo como os docentes percecionam estas crianças, para permitir melhorar as suas intervenções em contexto escolar. Assim sendo, estruturou-se como objetivo geral neste estudo:

- Conhecer quais as estratégias e terapias que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram mais adequadas utilizar nos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Através deste objetivo geral pretende-se dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Compreender as perceções dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico relativas às características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;**
- Identificar as estratégias utilizadas pelos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico para captarem a atenção, a concentração e melhorarem o comportamento dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;**
- Identificar a perceção dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico sobre as terapias adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.**

7. População/Amostra

A amostra significa um determinado número de sujeitos de uma população, definida como representativos dessa população (Borg & Gall, 1996).

A amostra selecionada foi a não probabilística por conveniência, de forma intencional, procurando assegurar uma distribuição, o mais equitativa possível, dos sujeitos. Neste estudo participaram cento e vinte e dois docentes do 1º Ciclo do EB, sendo trinta e dois docentes do género masculino e noventa do género feminino. Este tipo de amostra foi escolhida, pois é constituída por docentes, de fácil acesso e destinados à recolha de dados, contudo não foi dada a possibilidade a todos os docentes do 1º Ciclo do EB serem selecionados para formar a amostra.

A descrição da amostra faculta a ideia sobre as limitações de eventual generalização dos resultados. “As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam dos critérios de seleção” (Freixo, 2011, p. 183).

Seguidamente, apresenta-se a caracterização dos sujeitos da amostra, tendo em conta o seu género, idade, habilitações literárias, tempo de serviço, ano que leciona e o número de alunos que tem na sua turma. Através destes indicadores é possível definir um perfil, contribuindo para a interpretação do objeto de análise.

7.1. Caracterização dos sujeitos da amostra



Figura 1 - Género da Amostra

Na figura 1 averigua-se o número total de inquiridos, quer do género feminino, quer do género masculino. Assim sendo, afere-se que num total de cento e vinte e dois sujeitos, trinta e dois são masculinos, correspondendo a 26% do total e noventa são femininos, correspondendo a 74% do total.

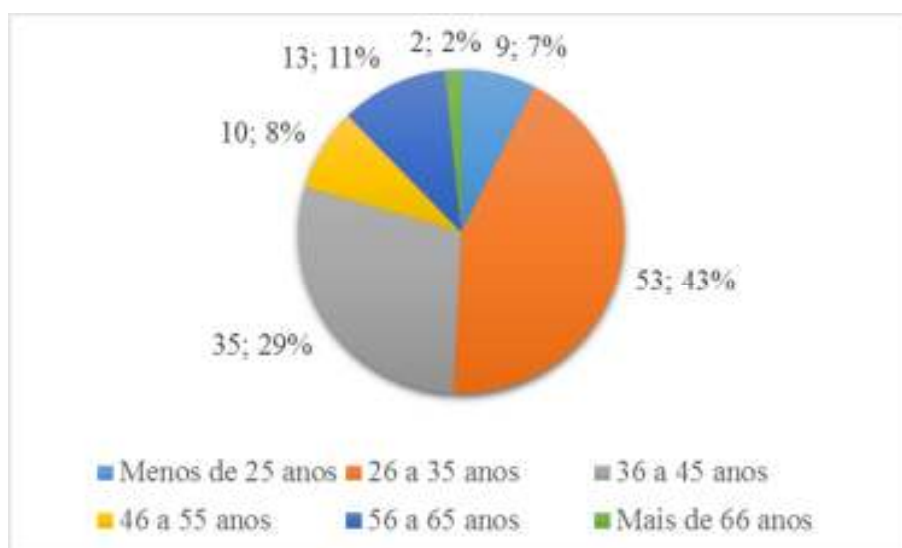


Figura 2 - Idade da Amostra

No que diz respeito à idade dos sujeitos, é possível verificar que dos cento e vinte e dois inquiridos, nove sujeitos têm menos de vinte e cinco anos, correspondendo a 7% do total, cinquenta e três sujeitos têm idade compreendida entre vinte e seis a trinta e cinco anos, correspondendo a 43% do total, trinta e seis sujeitos têm idade compreendida entre trinta e seis a quarenta e cinco anos, correspondendo a 29% do total, dez sujeitos têm idade compreendida entre quarenta e seis a cinquenta e cinco anos, correspondendo a 8% do total, treze sujeitos têm idade compreendida entre cinquenta e seis a sessenta e cinco anos, correspondendo a 11% do total e dois sujeitos têm mais de sessenta e seis anos, correspondendo a 2% do total.

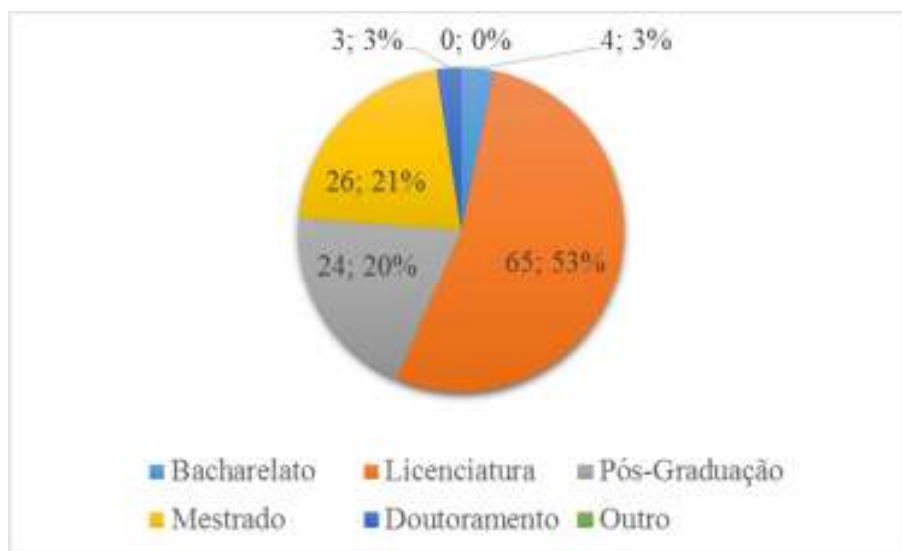


Figura 3 - Habilitações Literárias da Amostra

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que dos cento e vinte dois inquiridos, quatro possuem um Bacharelato, correspondendo a 3% do total, sessenta e cinco inquiridos possuem uma Licenciatura, correspondendo a 53% do total, vinte e quatro dos inquiridos possuem uma Pós-Graduação, correspondem a 20% do total, vinte e seis dos inquiridos possuem um Mestrado, correspondendo a 21% do total e três inquiridos possuem um Doutorado, correspondendo a 3% do total. No que se refere à opção de outro, não houve qualquer resposta, correspondendo a zero inquiridos e a 0% do total.

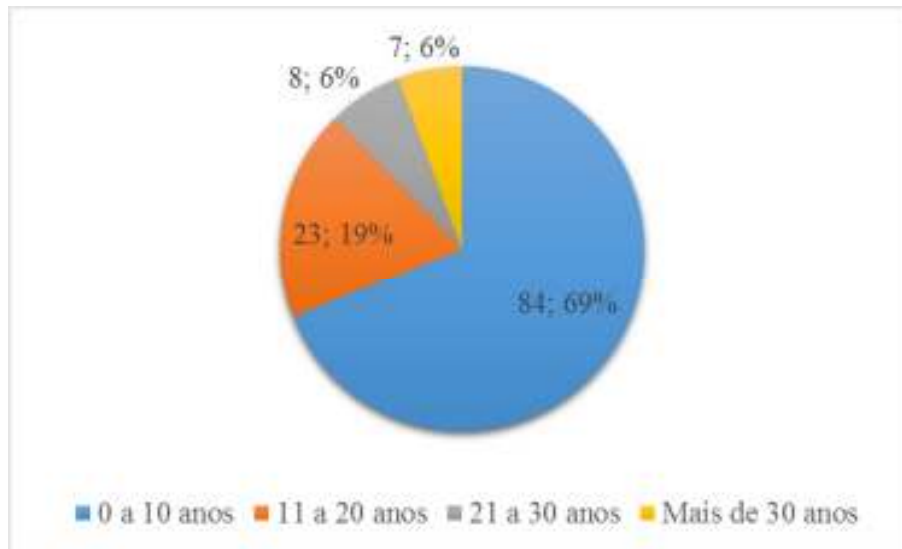


Figura 4 - Tempo de Serviço da Amostra

Em relação ao tempo de serviço dos sujeitos da amostra, constata-se que dos cento e vinte dois inquiridos, oitenta e quatro sujeitos têm zero a dez anos de tempo de serviço, correspondendo a 69% do total, vinte e três dos sujeitos têm onze a vinte anos de tempo de serviço, correspondendo a 19% do total, oito sujeitos têm vinte e um a trinta anos de tempo de serviço, correspondendo a 6% do total e sete sujeitos têm mais de trinta anos de tempo de serviço, correspondendo a 6% do total.

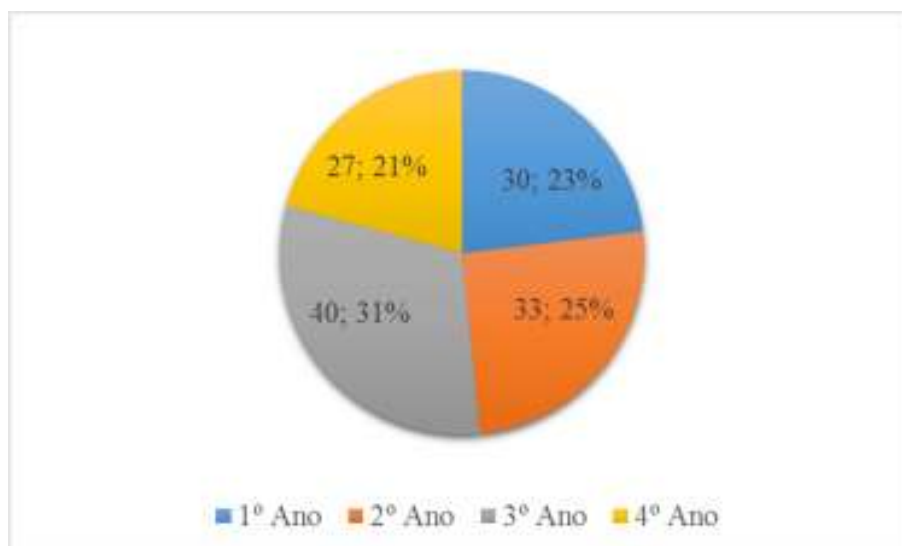


Figura 5 - Ano Escolar que leciona a Amostra

Relativamente ao ano escolar lecionados pelos cento e vinte e dois inquiridos, verifica-se que trinta docentes lecionam um 1º ano, correspondendo a 23% do total, trinta e três docentes lecionam um 2º ano, correspondendo a 25% do total, quarenta docentes lecionam um 3º ano, correspondendo a 31% do total e vinte e sete docentes lecionam um 4º ano, correspondendo a 21% do total. Através da figura 5 averigua-se que oito docentes lecionam dois anos simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram cento e trinta.

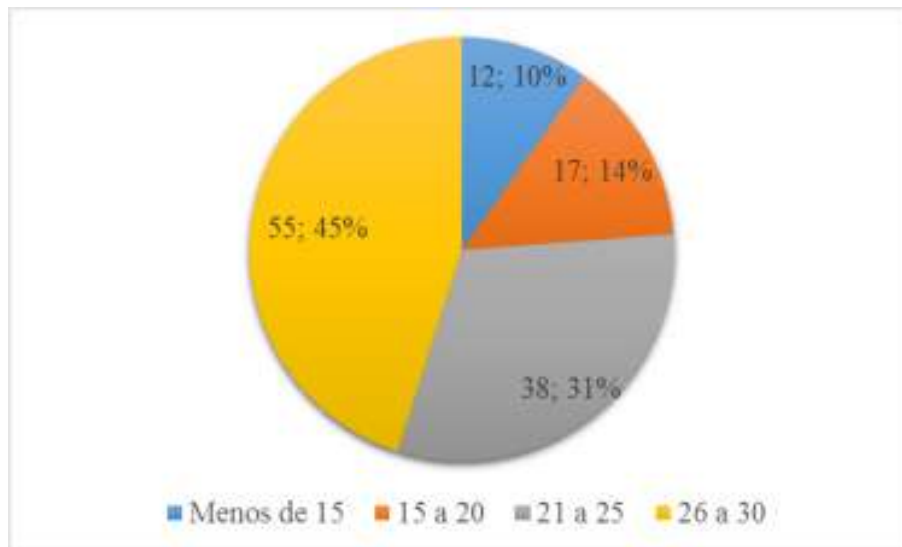


Figura 6 - Alunos por Turma da Amostra

No que diz respeito ao número de alunos por turma, dos cento e vinte e dois inquiridos, pode apurar-se doze docentes com menos de 15 alunos, correspondendo a 10% do total, dezassete docentes com quinze a vinte alunos, correspondendo a 14% do total, trinta e oito docentes com vinte e um a vinte e cinco alunos, correspondendo a 31% do total e cinquenta e cinco docentes com vinte e seis a trinta alunos, correspondendo a 45% do total.

8. Instrumentos de Recolha de Dados

O inquérito por questionário foi a única técnica de recolha de dados neste estudo. O questionário é um instrumento que permite recolher dados sobre as informações ou conhecimentos dos sujeitos do estudo (Tuckman, 2002; Afonso, 2005; Quivy & Campenhoudt, 2005). No que diz respeito à sua situação profissional, social ou familiar,

às suas opiniões e ao seu nível de conhecimento, à sua consciência de acontecimento ou problema, ou qualquer outro assunto pertinente ao investigador. O questionário é um instrumento de medição que “ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa, havendo um melhor controlo dos enviesamentos” (Fortin, 1996, p. 249). O questionário apresenta limitações no âmbito do material recolhido, pois é superficial e limita o tipo de questões a formular (Tuckman, 2002). Contudo garante o anonimato dos sujeitos, assegurando maior credibilidade nos dados recolhidos e reduz o nível de constrangimento que estes possam sentir. O inquérito por questionário trata-se de uma técnica de observação, não participante, porque interpõe uma sequência de interrogações escritas que se dirigem a um conjunto de inquiridos, que envolve as suas opiniões, as suas representações, as suas crenças ou as várias informações factuais sobre eles próprios ou o seu meio (Amorim, 1996). À medida que um inquérito por questionário é elaborado, deve ter-se especial atenção no conhecimento sobre o assunto, na seleção das questões pertinentes ao estudo, nas instruções para o preenchimento do questionário e na apresentação.

Assim sendo, neste estudo foi utilizado como instrumento de recolha de dados, porque permitiu analisar os dados recolhidos através de um procedimento estatístico descritivo e inferencial. Os inquéritos por questionário são instrumentos que podem ter respostas abertas, fechadas ou múltiplas respostas (Amorim, 1996). Os questionários de resposta aberta permitem que o inquirido responda livremente, emitido a sua opinião. Contudo, apresenta inconvenientes: quer ao nível da dificuldade de redigir as respostas, ao próprio informante, quer ao nível do tratamento estatístico e sua interpretação. A sua análise é complexa, demorada e trabalhosa. A análise de conteúdo das respostas abertas envolve dois procedimentos: a codificação das respostas, a tabulação dos dados e a interpretação dos dados. A interpretação dos dados refere-se ao facto de se estabelecer uma ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos (Gil, 2002).

Por outro lado, os inquéritos por questionário de resposta fechada, apenas apresentam duas opções de resposta criadas pelo informante. Assim sendo, este tipo de questões limita e restringe a liberdade de respostas, mas facilita o trabalho do investigador. No que diz respeito ao inquérito por questionário de múltipla escolha, este apresenta questões fechadas com várias opções de resposta sobre o mesmo assunto. Esta técnica é facilmente colocada em tabelas e proporciona uma exploração equiparada à escolha de questões abertas. Como tal, a possibilidade de combinar as respostas múltiplas

com as respostas abertas faz obter um conjunto de maior informação sobre o assunto. Foi com este propósito que se conduziu à utilização deste instrumento de recolha de dados, pois permitiu um procedimento estatístico descritivo e inferencial.

Neste instrumento de recolha de dados foi utilizado perguntas de resposta fechada, perguntas de resposta aberta e perguntas de múltipla resposta. Relativamente à estrutura do inquérito por questionário optou-se por dividi-lo em três partes, sendo que a primeira faz-se uma abordagem à caracterização da amostra (sexo, idade, habilitações académicas, tempo de serviço, ano(s) que leciona e alunos por turma) através de questões simples de múltiplas respostas e uma de resposta fechada. No que diz respeito à segunda parte, o inquérito por questionário aborda o conhecimento que os docentes do 1º Ciclo do EB têm sobre a PHDA, assim como as suas características. Nesta parte encontram-se nove múltiplas respostas e cinco respostas fechadas. A terceira parte do inquérito por questionário apresenta questões que abordam a aplicação de estratégias de intervenção a alunos com PHDA e terapias eficazes na ótica do inquirido. Nesta parte existe duas questões de múltipla resposta e uma questão de resposta aberta facultativa.

A construção do questionário só foi efetuada após a concretização do enquadramento teórico, dos objetivos e das questões orientadoras da investigação. Para a elaboração e estruturação de um questionário é necessário ter em conta o tipo de questões, a apresentação do inquérito, a distribuição e a devolução do mesmo. É de real importância, na conceção do inquérito, refletir sobre a forma como serão analisadas as respostas. O inquérito por questionário foi construído na junção de várias consultas bibliográficas efetuadas.

O inquérito por questionário foi aplicado aos docentes do 1º Ciclo do EB através do Google Forms. O Google Forms é uma aplicação do Google que funciona online e que permite a criação e a partilha de documentos através da internet. Assim sendo, este questionário foi construído nessa aplicação e foi, posteriormente, enviado por correio eletrónico aos docentes do 1º Ciclo do EB inquiridos. Após a receção das respostas dos inquiridos foi feita a sua análise e, seguidamente, utilizou-se as tabelas e gráficos para a análise de dados e análise de conteúdo, para a questão em aberto de forma a responder ao problema da investigação. Qualquer investigador deve, antes do tratamento de dados, verificar que as informações recolhidas são necessárias, suficientes e refletem toda a realidade (Almeida & Freire, 2000). Para estes autores a coerência e a consistência da recolha de dados deve depender da validade e da fidelidade, com o intuito de a investigação atingir os objetivos delineados. No que se refere à fidelidade, é importante

que se ressalve a concordância entre as respostas e as questões complementares. Relativamente à validade, é essencial que as questões meçam o que se pretende medir. Assim sendo, e com o intuito de concretizar os objetivos do estudo, elaborou-se o inquérito por questionário com diferentes itens adequados às dimensões do objetivo de investigação. Este inquérito por questionário foi sujeito a um pré-teste (Apêndice I) (aplicação em pequena escala, mas nos mesmos parâmetros que a aplicação definitiva). O pré-teste foi aplicado a uma amostra de vinte docentes do 1º Ciclo do EB que não fizeram parte da amostra. Na aplicação do inquérito por questionário, para além das questões do estudo, foi pedido que os docentes respondessem a uma questão sobre sugestões, para melhorarem o instrumento de recolha de dados. Através do pré-teste verificou-se que os docentes sugeriram a introdução de uma questão aberta, acerca das suas práticas educativas, com os alunos que apresentam PHDA, na sala de aula. Como tal, foi introduzida e validou-se, assim, o questionário, atingindo-se a versão final do mesmo (Apêndice II). A análise permite, a partir do inquérito por questionário a um grupo de sujeitos próximos dos destinatários da prova, alterar os itens que apresentem ambiguidades ou dificuldades de compreensão e detetar erros que possam existir (Almeida & Freire, 2000). Ressalva-se que, a partir da análise do pré-teste é possível verificar se todas as questões foram respondidas adequadamente e se as respostas correspondentes às perguntas abertas são passíveis de categorização. Só assim se adequa o questionário como instrumento de coleta de dados (Gil, 2002). É necessário testar o questionário antes da sua administração devido à exigência de precisão (Correia, 1997). De forma a assegurar a qualidade de questões, a razoabilidade da sua ordenação, e para que as respostas possibilitem corresponder à informação pretendida, é necessário aplicar um questionário a uma amostra reduzida.

O inquérito por questionário final, aplicado aos sujeitos do estudo, é o que está representado em apêndice ao presente estudo. O procedimento delineado para a aplicação do inquérito por questionário foi através de uma amostragem não probabilística por conveniência, abrangendo cento e vinte e dois sujeitos. Todas as respostas dos questionários são anónimas e cada um é procedido de um cabeçalho explicativo do tema do estudo e da garantia de anonimato e confidencialidade.

Outra forma de recolha de dados foi a pesquisa documental e bibliográfica. Relativamente à primeira, afirma-se que é “desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (Gil, 2002, p. 44). Para o autor, esta pesquisa permite ao investigador recolher um maior número de

informações, que se o fizesse a experimentar não conseguiria. Relativamente à pesquisa documental, argumenta-se que é, muitas vezes, confundida com a pesquisa bibliográfica. A diferença é que, na pesquisa bibliográfica, as fontes são constituídas por materiais impressos que se localizam nas bibliotecas e a pesquisa documental as fontes são diversas e dispersas que ainda não receberam tratamento analítico, ou que podem ser reelaboradas através dos objetos de pesquisa (Gil, 2002).

9. Procedimentos

Um procedimento “é uma forma de progredir em direção a um objetivo. Expor o procedimento científico consiste, portanto, em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 25).

O presente estudo foi elaborado, com especial atenção, numa primeira fase, na investigação de teorias que transmitiam a problemática em estudo e, numa segunda fase, na recolha e tratamento dos dados empíricos obtidos com o inquérito por questionário, levando, posteriormente, à discussão e análise dos resultados.

O presente estudo teve um percurso metodológico baseado em várias fases, iniciando-se com a pergunta de partida, as perguntas orientadoras com os objetivos geral e específicos. Posteriormente, recolheu-se informação sobre literatura, nacional e internacional, e sobre estudos empíricos no âmbito da temática da PHDA. Seguidamente, foi elaborado um inquérito por questionário para ser aplicado aos docentes do 1º ciclo do EB a fim de verificar a adequabilidade, tendo-se verificado que não se registaram dificuldades mas, apenas, uma correção pelos mesmos.

A validação do questionário quanto à sua apresentação, compreensão, objetividade, aplicabilidade e neutralidade das questões, assim como eficácia resultou na versão definitiva do mesmo, através de um pré-teste. Após a validação do questionário, este foi aplicado a docentes do 1º ciclo do EB, a lecionar em escolas públicas e privadas, onde foi publicado online. A publicação do inquérito por questionário e o seu término para responder, decorreu entre o dia dezasseis de abril de 2015 e o dia trinta e um de agosto de 2015.

Devido à escassez de tempo e de recursos e à rapidez da organização e do tratamento de dados, foi disponibilizado através da plataforma online Google Forms o

inquérito por questionário. Com a disponibilidade do inquérito na plataforma, foi enviado a vários docentes do 1º ciclo do EB, o link, de forma a que cada um preenchesse de acordo com a sua opinião e veracidade, garantindo a confidencialidade e anonimato.

No sentido de agilizar a recolha dos dados, optou-se por colocar o link do questionário em fóruns online de docentes do 1º ciclo do EB com uma breve explicação e enquadramento da investigação a desenvolver. Através destes procedimentos, conseguiu-se recolher cento e vinte e dois questionários, devidamente preenchidos, cujos dados foram utilizados na realização deste estudo.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico das respostas aos questionários de uma perspetiva dedutiva, através da metodologia quantitativa, pois basearam-se em técnicas de recolha, de apresentação e análise de dados que permitiram a sua quantificação e o seu tratamento estatístico. O tratamento estatístico foi realizado através das respostas recolhidas do Google Forms e trabalhadas em gráficos a partir do programa Excel 2013. Nesta perspetiva não se recolheu informações novas, mas apenas se especificou e explicitou os conhecimentos que estavam indefinidos. No que se refere ao conteúdo das respostas abertas, analisou-se de uma forma indutiva, através da metodologia qualitativa, pois é descritiva e os dados recolhidos são apresentados em texto e não numericamente. Nesta forma de metodologia constataram-se determinadas conclusões gerais, partindo de questões relacionadas com a temática da PHDA.

Por último, confrontou-se os resultados da análise dos dados deste estudo com os resultados da revisão da literatura, de forma a demonstrar concordâncias, desvios e paradoxos, através da discussão dos mesmos. Na realização da análise de dados é pretendido responder às questões orientadoras do presente estudo, assim sendo o inquérito por questionário foi construído nesse sentido. Para a primeira questão orientadora, sendo ela: **Quais os conhecimentos que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, opta-se pela comparação das respostas, indicadas pelos docentes inquiridos ao inquérito por questionário, às questões: tem conhecimento sobre a problemática da PDHA, considera que tem formação suficiente para trabalhar com crianças de diagnóstico PHDA e que tipo de formação, relativamente a outros estudos da área. No que respeita à segunda questão orientadora, destacando-se: **Quais as perceções que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre as características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, verifica-se que o inquérito por questionário aborda com as questões: das seguintes características qual/quais leva(m) a pensar num diagnóstico de PHDA, quais as

características relevantes numa criança com PHDA e quais são as áreas que esses alunos apresentam com maiores dificuldades, comparativamente a outros estudos sobre a problemática. Relativamente à terceira questão orientadora, sendo ela: **Quais os tipos de apoio que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram adequados para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, constata-se que o inquérito por questionário refere através da questão: que tipos de apoio estas crianças devem usufruir, de forma a comparar com estudos sobre a área. No que concerne à quarta questão orientadora, sendo ela: **Para os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, quais as causas resultantes da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção** averigua-se que no inquérito por questionário é referida através da questão: quais as causas que podem resultar na PHDA, com o intuito de fazer paralelismo com estudos referentes à PHDA. Sobre a quinta questão orientadora, sendo ela: **Quais as estratégias inclusivas que os docentes de 1º Ciclo do Ensino Básico utilizam, habitualmente, para melhorarem o comportamento, a atenção e a concentração dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, verifica-se no inquérito por questionário através das questões: que estratégias de intervenção utiliza, em contexto escolar, nas crianças com PHDA para melhorar o comportamento, a atenção e a concentração e se teve algum aluno com PHDA, explique a sua forma de intervenção com ele, com o intuito de comparar com o resultado de estudos sobre a perturbação. Na sexta questão orientadora, ou seja: **Quais as terapias de intervenção que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico reconhecem como adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, constata-se através das respostas à questão do inquérito por questionário: quais as terapias que acha pertinente para os alunos com PHDA, levando a confrontar com os resultados de estudos sobre a problemática.

Capítulo III

Este capítulo consiste na apresentação, na análise, na discussão dos dados, assim como nas considerações finais, tendo em conta todos os aspetos da investigação, ou seja, a pergunta de partida, os objetivos, geral e específicos, e as perguntas orientadoras, tal como o enquadramento teórico.

A discussão dos dados é o exame, a argumentação e a explicação, onde se discute, fundamenta e enunciam as preposições, considerando também o núcleo da investigação (Marconi & Lakatos, 2003). A análise e discussão dos resultados tiveram como base a análise quantitativa e qualitativa dos inquéritos por questionário, respondidos pelos docentes. Assim sendo, elaborou-se figuras de interpretação dos dados obtidos nos questionários, apresentando os valores absolutos e as respetivas percentagens das respostas.

1. Apresentação dos Dados

Através da decisão dos instrumentos a adotar para a obtenção dos dados, e tendo em conta a natureza do estudo e a amostra, optou-se por um estudo descritivo utilizando o inquérito por questionários como instrumento de recolha de dados. A partir do questionário é possível recolher informação clara sobre um grupo numeroso de pessoas e de uma forma rápida. Neste estudo o instrumento de recolha de dados foi aplicado a docentes do 1º Ciclo do EB.

A apresentação dos dados é constituída pelo conhecimento dos docentes face ao tema da hiperatividade e à aplicação de estratégias de intervenção. O questionário foi aplicado a cento e vinte dois docentes do 1º Ciclo do EB, amostra obtida aleatoriamente a nível nacional. Assim sendo, verifica-se que é uma amostra significativa para o estudo. “A maioria dos investigadores defende um mínimo de trinta sujeitos para a amostra, a fim de se poder efetuar qualquer análise quantitativa dos dados” (Sousa, 2005, p. 73).

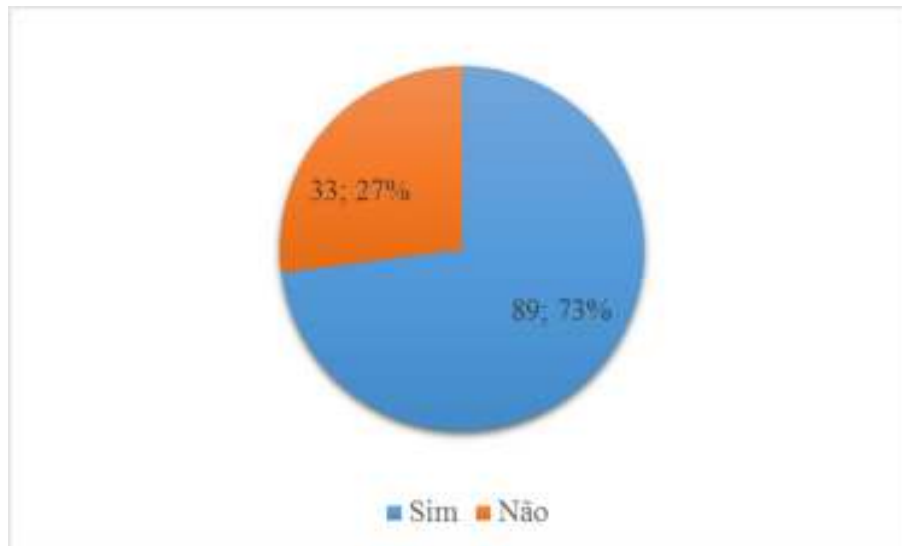


Figura 7 - Apoio para combater as Dificuldades

A figura 7 apresenta as respostas à questão: Para combater as dificuldades dos alunos tem vindo a obter algum tipo de apoio. Dos cento e vinte e dois docentes, oitenta e nove responderam que sim, perfazendo 73% do total e trinta e três responderam que não, correspondendo a 27% do total.

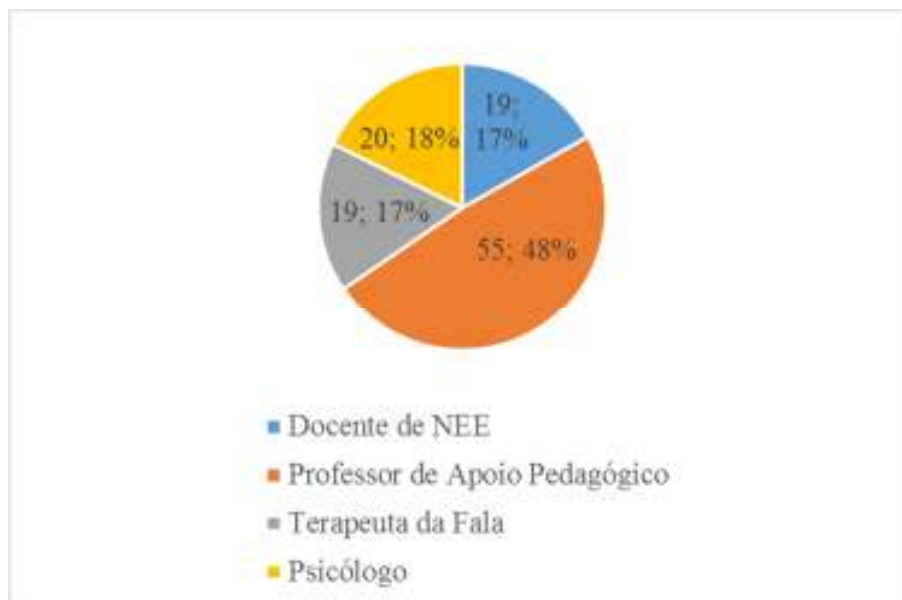


Figura 8 - Quem prestou o Apoio

Relativamente a quem prestou o apoio à amostra para combater as dificuldades, pode verificar-se que, dos oitenta e nove docentes que responderam que tinham tido apoio

para combater as dificuldades, dezanove responderam um docente de NEE, correspondendo a 17% do total, cinquenta e cinco um professor de apoio pedagógico, correspondendo a 48% do total, dezanove um terapeuta da fala, correspondendo a 17% do total e vinte um psicólogo, correspondendo 18% do total. Através da figura 8 averigua-se que vinte e quatro docentes foram prestados em auxílio simultaneamente por dois tipos de apoio, pois o total de respostas dadas foram cento e treze.

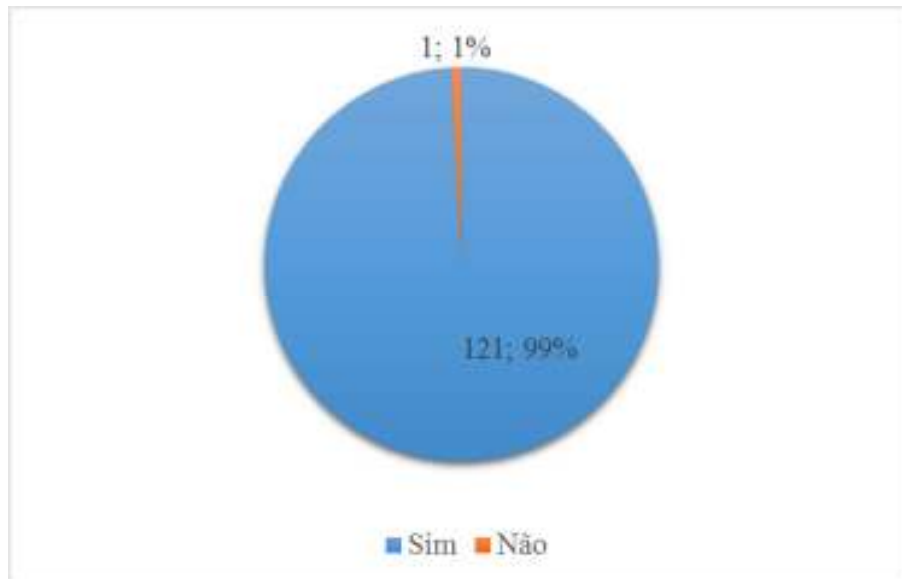


Figura 9 - Conhecimento da Problemática da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

No que diz respeito ao conhecimento que os inquiridos têm sobre a problemática da PHDA, constata-se que dos cento e vinte e dois sujeitos, cento e vinte e um conhecem a perturbação, correspondendo a 99% do total e um sujeito não tem conhecimento da PHDA, correspondendo a 1% do total.

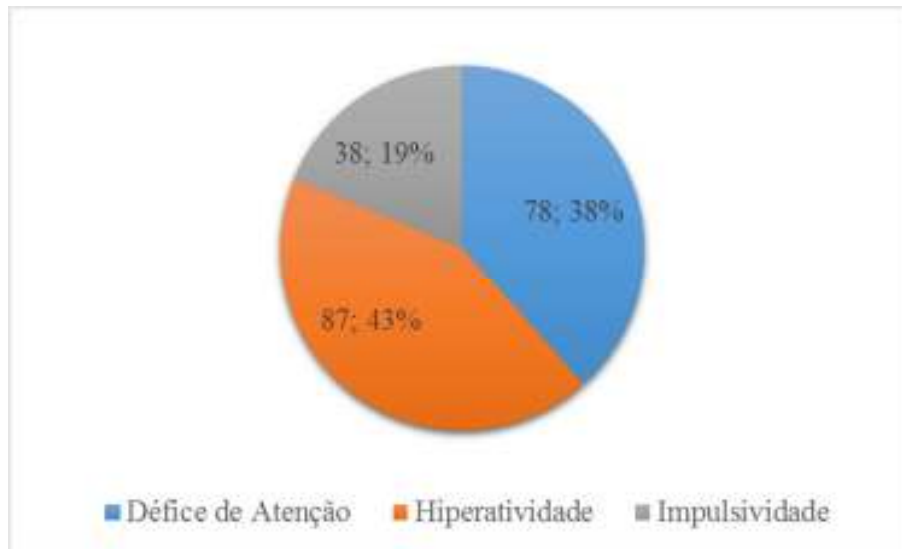


Figura 10 - Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Relativamente às características que levam os docentes a pensar num diagnóstico de PHDA, verificou-se que dos cento e vinte e dois inquiridos, setenta e oito pensam tratar-se de um diagnóstico de défice de atenção, correspondendo a 38% do total, oitenta e sete sujeitos julgam tratar-se de uma hiperatividade, correspondendo a 43% do total e trinta e oito inquiridos, salientam que se trata de uma impulsividade, correspondendo a 19% do total. Através da figura 10 verifica-se que oitenta e um inquiridos responderam dois ou mais critérios de diagnóstico, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram duzentas e três.



Figura 11 - Carácter da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

No que diz respeito ao carácter da PHDA como NEE, constata-se que dos cento e vinte e dois inquiridos, oitenta e cinco deles consideram que a PHDA é de carácter permanente, correspondendo a 70% do total e trinta e sete sujeitos consideram a PDHA de carácter temporário, correspondendo a 30% do total.

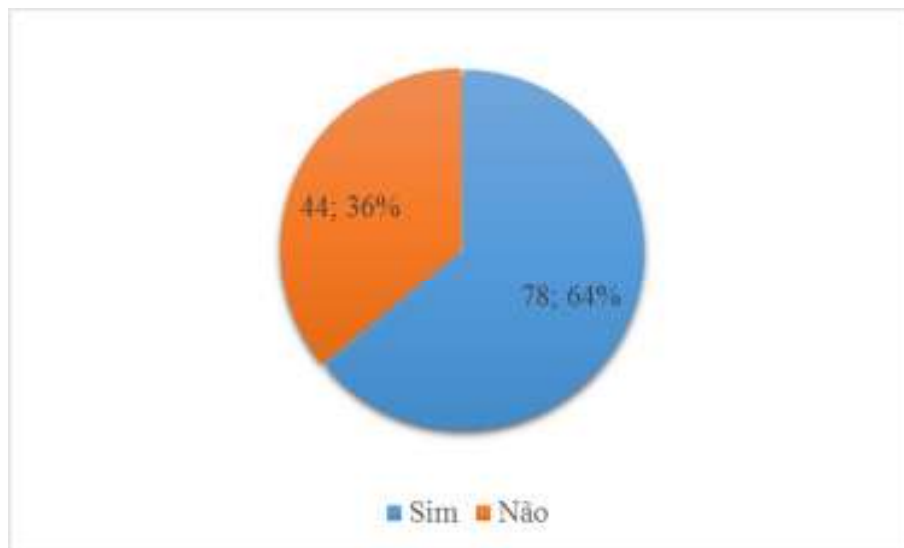


Figura 12 - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Em relação aos alunos com PHDA averigua-se que, dos cento e vinte e dois inquiridos, setenta e oito têm alunos com esta perturbação, correspondendo a 64% do total, e quarenta e quatro inquiridos não têm alunos com esta perturbação, correspondendo a 36% do total.

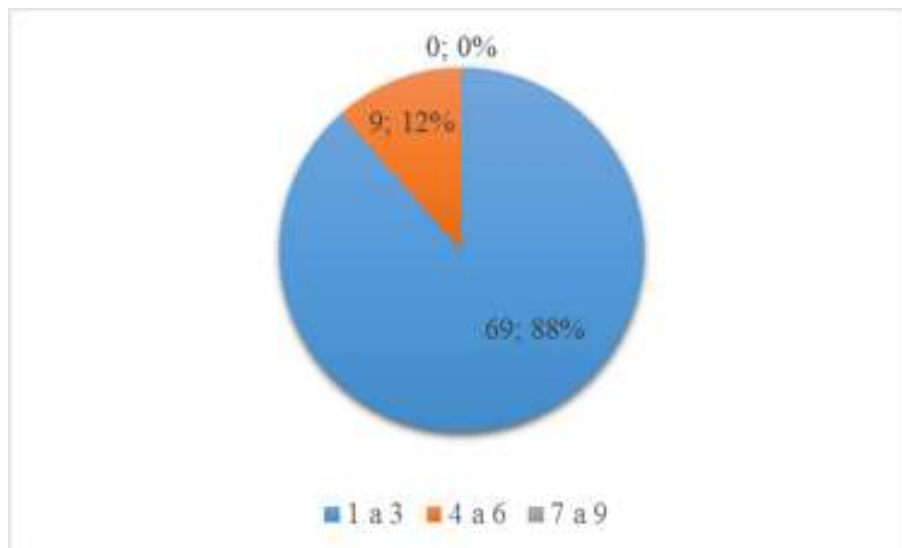


Figura 13 - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção de cada Docente

Na figura 13 pode observar-se o número de alunos que cada docente tem com PHDA. Dos setenta e oito docentes que têm alunos com PHDA verifica-se que sessenta e nove inquiridos têm entre um a três alunos com PHDA, correspondendo a 88% do total e nove inquiridos têm entre quatro a seis alunos com PHDA, correspondendo a 12% do total. No que se refere à opção sete a nove alunos, não houve qualquer resposta, correspondendo a zero inquiridos e a 0% do total.

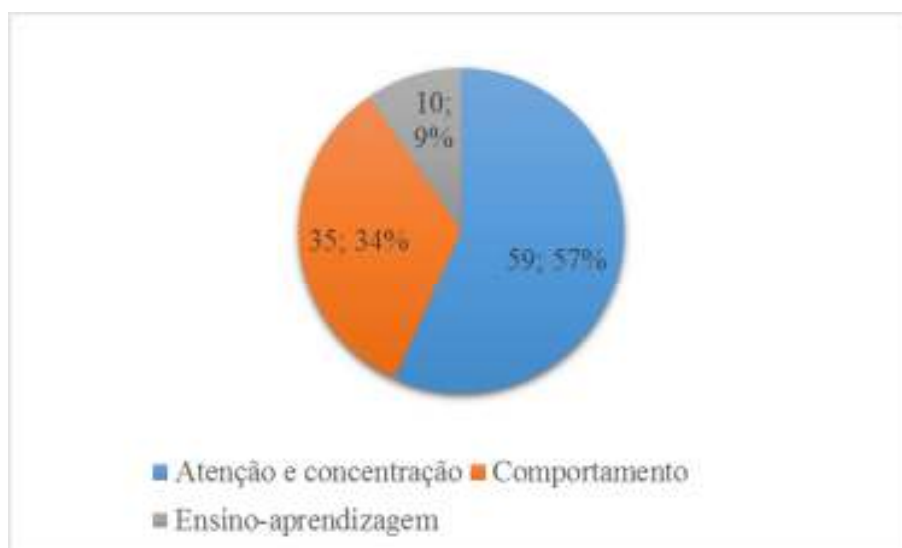


Figura 14 - Áreas de Dificuldade dos Alunos

Relativamente às áreas de dificuldade apresentadas pelos alunos com PHDA observa-se que, dos setenta e oito docentes que têm alunos com PHDA, cinquenta e nove justificam que a maior dificuldade é a atenção e concentração, correspondendo a 57% do total, trinta e cinco docentes justificam que se trata do comportamento, correspondendo a 34% do total e dez docentes afirmam que a maior dificuldade dos seus alunos é no ensino-aprendizagem. Através da figura 14 verifica-se que vinte e seis docentes responderam duas ou mais dificuldades, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram cento e quatro.

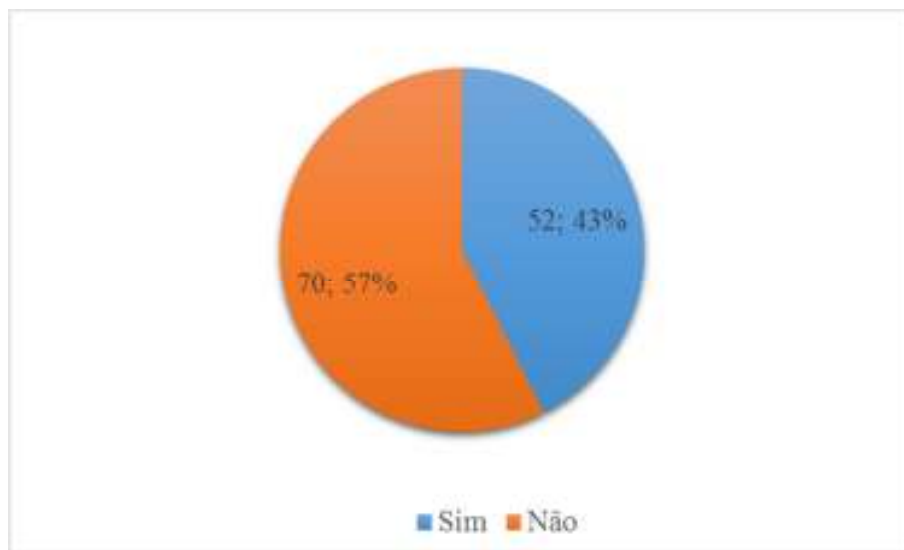


Figura 15 - Formação em Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

No que se refere à formação dos inquiridos na área de PHDA constata-se que, dos cento e vinte e dois docentes, cinquenta e dois têm formação na área, correspondendo a 43% do total e setenta docentes não têm formação nesta área, correspondendo a 57% do total.



Figura 16 - Tipo de Formação

Na figura 16 observa-se o tipo de formação que cada inquirido teve na área em estudo. Dos cinquenta e dois inquiridos que tinham respondido que usufruíam formação na área, um docente foi através da formação inicial, correspondendo a 2% do total, dez docentes foram através de conferências ou debates, correspondendo a 14% do total, vinte e três docentes foram através de formações em PHDA, correspondendo a 33% do total, dezanove docentes apresentam uma pós-graduação em PHDA, correspondendo a 27% do total e dezassete docentes apresentam formação na área do mestrado em PHDA, correspondendo a 24%. Através desta figura verifica-se que dezassete docentes responderam duas ou mais formações, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram sessenta.



Figura 17 - Dificuldades sentidas pela Amostra

Relativamente às dificuldades sentidas pelos inquiridos ao trabalharem com crianças que apresentam PHDA, observa-se que dos cinquenta e dois docentes que responderam afirmativamente à questão de ter alunos com esta patologia, zero inquiridos não têm falta de conhecimentos da PHDA, correspondendo a 0% do total, catorze inquiridos têm dificuldade na preparação de estratégias variadas, correspondendo a 19% do total, trinta e seis inquiridos apresentam dificuldade na falta de recursos, correspondendo a 49% do total e vinte e três inquiridos têm turmas numerosas, correspondendo a 32% do total. Através da figura 17 verifica-se que vinte e um docentes responderam duas ou mais dificuldades sentidas, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram setenta e três.

Tabela 1 - Características na PHDA

Características	Frequência	Percentagem %
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	40	6%
Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades	63	10%

Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)	30	5%
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	16	3%
Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	35	6%
Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares)	11	2%
Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares	23	4%
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	46	7%
Esquece-se das atividades quotidianas	28	4%
Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado	22	3%
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentada	33	5%
Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado	15	2%
Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer	25	4%
Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”	19	3%
Fala excessivamente	37	6%
Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado	40	6%
Tem dificuldade em esperar a sua vez	78	12%
Interrompe ou interfere nas atividades dos outros	78	12%
	639	100%

Relativamente às características relevantes em crianças com PHDA, dos cento e vinte dois inquiridos, quarenta responderam que a criança não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas, o que corresponde a 6% do total, sessenta e três responderam que a criança tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades, correspondendo a 10% do total, trinta

responderam que a criança não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções), correspondendo a 5% do total, dezasseis responderam que a criança parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra, correspondendo a 3% do total, trinta e cinco responderam que a criança parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra, correspondendo a 6% do total, onze responderam que a criança expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares), correspondendo a 2% do total, vinte e três responderam que a criança perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares, correspondendo a 4% do total, quarenta e seis responderam que a criança distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes, correspondendo a 7% do total, vinte e oito responderam que a criança esquece-se das atividades quotidianas, correspondendo a 4% do total, vinte e dois responderam que a criança movimentava excessivamente as mãos e os pés e move-se quando está sentada, correspondendo a 3% do total, trinta e três responderam que a criança levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentada, correspondendo a 5% do total, quinze responderam que a criança corre e salta excessivamente em situações em que tal é inadequado, correspondendo a 2% do total, vinte e cinco responderam que a criança tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer, correspondendo a 4% do total, dezanove responderam que a criança anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”, correspondendo a 3% do total, trinta e sete responderam que a criança fala excessivamente, correspondendo a 6% do total, quarenta responderam que a criança precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado, correspondendo a 6% do total, setenta e oito responderam que a criança tem dificuldades em esperar a sua vez, correspondendo a 12% do total e setenta e oito responderam que a criança interrompe ou interfere nas atividades dos outros, correspondendo a 12% do total. Averigua-se na tabela 1 que quinhentos e dezassete docentes responderam a mais do que uma característica das crianças com PHDA, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram seiscentas e trinta e nove.



Figura 18 - Tipos de Apoio

No que se refere aos tipos de apoio que as crianças com PHDA devem usufruir, pode observar-se que, dos centos e vinte e dois inquiridos, catorze indicam que deve ser um professor de NEE, correspondendo a 8% do total, cinquenta indicam que deve ser um psicólogo, correspondendo a 28% do total, nove indicam que as crianças devem ter um PEI, correspondendo a 5% do total, setenta e nove indicam que deve ser um psicoterapeuta, correspondendo a 45% do total e vinte e quatro indicam que as crianças devem ter tempo extra para realizar as tarefas, correspondendo a 14% do total. Através da figura 18, verifica-se que cinquenta e quatro docentes responderam dois ou mais tipos de apoio, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram cento e setenta e seis.

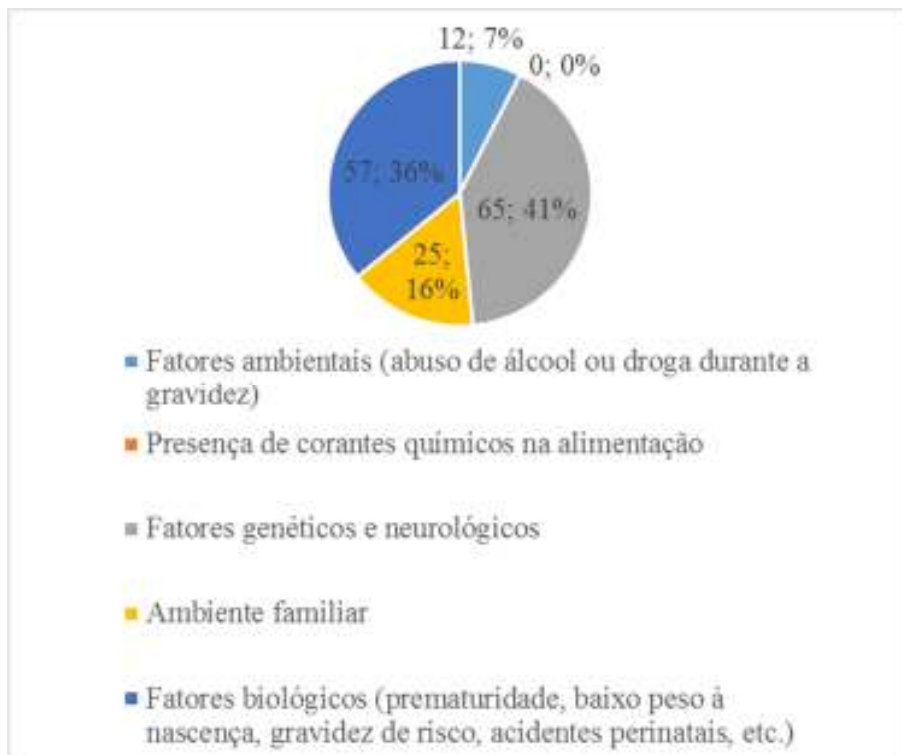


Figura 19 - Causas da PHDA

No que diz respeito às causas que podem resultar na PHDA, averigua-se que, dos centos e vinte e dois docentes inquiridos, doze indicam que é através de fatores ambientais (abuso do álcool ou drogas durante a gravidez), correspondendo a 7% do total, zero docentes inquiridos indicam que se deve ao facto da presença de corantes químicos na alimentação, correspondendo a 0% do total, sessenta e cinco indicam que é através de fatores genéticos e neurológicos, correspondendo a 41% do total, vinte e cinco indicam que é pelo ambiente familiar, correspondendo a 16% do total e cinquenta e sete indicam que é através de fatores biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.), correspondendo a 36% do total. Verifica-se, a partir da figura 19, que trinta e sete docentes responderam a duas ou mais causas, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram cento e cinquenta e nove.

Tabela 2 - Estratégias de Intervenção em Contexto Escolar

Estratégias de Intervenção	Frequência	Percentagem
		%
Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios,...)	22	4%

Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)	2	0%
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...)	25	5%
Time-out (tempo de afastamento da turma)	60	11%
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor,...)	21	4%
Sugerir à criança que relate o que está a fazer	27	5%
Supervisão frequente do trabalho	62	12%
Biofeedback (dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz)	46	9%
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno	16	3%
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário	2	0%
Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala	33	6%
Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro)	3	1%
Reprimendas verbais	25	5%
Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados	18	3%
Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	4	1%
Regulamento Disciplinar da Escola (Exemplo: normas de conduta, procedimentos disciplinares,...)	2	0%
Colocar lembretes na carteira do aluno (Exemplo: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno)	13	2%
Informar o Enc. Ed. acerca do mau comportamento do aluno	35	7%
Ameaçar o aluno (exemplo: “se não começares a comportar-te bem saís da sala”)	2	0%

Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento	10	2%
Tarefas curtas, bem definidas e sequenciais	106	20%
	534	100%

Na tabela 2 verifica-se a frequência de respostas dadas pelos docentes inquiridos face às estratégias de intervenção. Dos cento e vinte e dois inquiridos observa-se que vinte e dois responderam que a melhor estratégia são as recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios,...), correspondendo a 4% do total, dois responderam as recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis), correspondendo a 0% do total, vinte e cinco responderam ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...), correspondendo a 5% do total, sessenta responderam o time-out (tempo de afastamento da turma), correspondendo a 1% do total, vinte e um responderam a organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor,...), correspondendo a 4% do total, vinte e sete responderam que é importante sugerir à criança que relate o que está a fazer, correspondendo a 5% do total, sessenta e dois responderam a supervisão frequente do trabalho, correspondendo a 12% do total, quarenta e seis responderam o Biofeedback (dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz), correspondendo a 9% do total, dezasseis responderam que é importante organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno, correspondendo a 3% do total, dois responderam que deve ser preparado um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário, correspondendo a 0% do total, trinta e três responderam que deve haver regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala, correspondendo a 6% do total, três responderam que deve ser feito repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro), correspondendo a 1% do total, vinte e cinco responderam que deve haver reprimendas verbais, correspondendo a 5% do total, dezoito responderam que deve haver um relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados, correspondendo a 3% do total, quatro responderam que se deve encaminhar o aluno para o Conselho Executivo, correspondendo a 1% do total, dois responderam que deve ser mostrado ao aluno o Regulamento Disciplinar da Escola (Exemplo: normas de conduta, procedimentos disciplinares,...), correspondendo a 0% do total, treze responderam que deve ser colocado lembretes na carteira do aluno (Exemplo: “permanecer sentado” escrito num cartão

colocado na mesa do aluno), correspondendo a 2% do total, trinta e cinco responderam que se deve informar o Enc. Ed. acerca do mau comportamento do aluno, correspondendo a 7% do total, dois responderam que se deve ameaçar o aluno (exemplo: “se não começares a comportar-te bem saís da sala”), correspondendo 0% do total, dez responderam que se deve anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento, correspondendo a 2% do total e cento e seis responderam que se de fazer tarefas curtas, bem definidas e sequenciais, correspondendo a 20% do total. Averigua-se, na tabela 2, que quatrocentos e doze docentes responderam a mais do que uma característica nas crianças com PHDA, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram quinhentos e trinta e quatro.



Figura 20 - Terapias para a PHDA

Relativamente às terapias mais eficazes para os alunos com PHDA verifica-se que, dos cento e vinte e dois docentes inquiridos, dezassete responderam a terapia familiar, correspondendo a 8% do total, vinte e dois responderam a colaboração dos Enc. Ed./Escola, correspondendo a 10% do total, dezanove responderam a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula, correspondendo a 9% do total, vinte e quatro responderam o apoio escolar/académico, correspondendo a 11% do total, trinta e

nove responderam técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico, correspondendo a 18% do total, setenta e um responderam a medicação correspondendo a 33% do total e vinte e quatro responderam a terapia com animais, correspondendo a 11% do total. Através da figura 20 verifica-se que noventa e quatro docentes responderam duas ou mais terapias, simultaneamente, pois o total de respostas dadas foram duzentas e dezasseis.

Tabela 3 - Intervenção dos Docentes em Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência
Atenção	Captar e direccionar a atenção	Colocar o aluno na mesa da frente	3
		Direccionar o trabalho	3
		Proporcionar atividades de maior interesse	5
		Pedir para reiniciar o trabalho quando apresenta descuidos ou erros	1
		Delimitar tarefas ao aluno	2
Concentração	Concentrar nas tarefas a realizar	Sentar-se perto do aluno para auxiliar nas dificuldades	4
		Pedir recados para descarregar a energia e aumentar a concentração	2
		Atribuir tarefas adaptadas	1
Tempo	Temporizar as tarefas	Aplicação de tarefas curtas e definidas em determinado tempo	13
Motivação	Aumento da produtividade e motivação	Atribuir recompensas e feedbacks positivos	3
		Estabelecer uma relação afetuosa com o aluno	1

		Tornar as aulas dinâmicas, participativas e com atividades de cooperação	4
		Pedir ao aluno que auxilie os colegas para se sentir prestável e capaz	1
Comportamento	Auxílio nas dificuldades académicas e comportamentais	Colocar o aluno junto de um colega tranquilo	1
Acompanhamento	Consultas clínicas para um acompanhamento	Indicar o aluno para o serviço prestado por pedopsiquiatras	1
			45

Relativamente à tabela 3 verifica-se a análise de conteúdo, sobre a questão de resposta aberta, do inquérito por questionário aos cento e vinte e dois docentes inquiridos. Como a questão não era de carácter obrigatório, apenas responderam quarenta e cinco inquiridos. A partir das respostas foi possível criar categorias, subcategorias, unidades de registo e frequência. Ao nível da categoria da atenção criou-se a subcategoria de captar e direccionar a atenção e consequentemente as unidades de registo de colocar o aluno na mesa da frente, com um total de três inquiridos, de direccionar o trabalho, com um total de três inquiridos, de proporcionar atividades de maior interesse, com um total de cinco inquiridos e de pedir para reiniciar o trabalho quando apresenta descuidos ou erros, com um total de um inquirido. No que se refere à categoria da concentração, verifica-se como subcategoria concentrar nas tarefas a realizar e como unidades de registo o delimitar tarefas aos alunos, com duas respostas, o sentar-se perto do aluno para auxiliar nas dificuldades, com quatro respostas, o pedir recados para descarregar a energia e aumentar a concentração, com duas respostas e o atribuir tarefas adaptadas, com uma resposta dada. No que diz respeito à categoria do tempo, observa-se como subcategoria o temporizar as tarefas e como unidade de registo a aplicação de tarefas curtas e definidas em determinado tempo, com um total de treze respostas dadas. A partir da categoria da motivação constata-se que a subcategoria é o aumento da produtividade e motivação e as unidades de registo são as recompensas e feedbacks positivos, com um total de três inquiridos, o

estabelecer uma relação afetuosa com o aluno, com um total de um inquirido e o tornar as aulas dinâmicas, participativas e com atividades de cooperação, com um total de quatro inquiridos. Relativamente à categoria do comportamento averigua-se que a subcategoria é o auxílio nas dificuldades académicas e comportamentais e a unidade de registo é colocar o aluno junto de um colega tranquilo, com um total de um inquirido. Por último, na categoria de acompanhamento verifica-se como subcategoria as consultas clínicas para um acompanhamento e como unidade de registo o indicar o aluno para o serviço prestado por pedopsiquiatras, com um total de um inquirido.

2. Análise e Discussão dos Dados

Como o objetivo geral deste estudo é conhecer as estratégias e terapias adequadas à PHDA, torna-se importante perceber o conhecimento dos docentes do 1º Ciclo do EB sobre esta temática. Como tal, e após a realização da apresentação dos dados recolhidos, inicia-se a discussão dos resultados, com o objetivo de obter respostas face às questões orientadoras, através da interpretação dos dados recolhidos e analisados e da literatura sobre a temática, correlacionando-os entre si.

A primeira questão orientadora a ser respondida é: **quais os conhecimentos que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

No presente estudo é possível verificar que 99% da amostra tem conhecimento desta problemática. Como tal, a PHDA é uma das perturbações comportamentais mais estudadas e prevalentes, com validade clínica, que afeta os alunos na realização académica e no relacionamento com os seus pares e docentes. Contudo, apenas 43% tem formação na área e desses, 41% baseiam-se em conferências/debates/formações sobre a PHDA.

No que diz respeito a um estudo sobre as Atitudes e Conhecimento dos Professores acerca da PHDA, é possível verificar que na América e no Canadá os docentes com menos tempo de serviço têm maior conhecimento sobre esta perturbação do que os docentes com maior tempo de serviço, pois ao longo da sua formação académica tiveram formação na área das NEE (Jerome, Gordon & Hustler, 1994). Como tal, é importante que os docentes tenham conhecimento desta perturbação, para quando

surgirem alterações de comportamento nos seus alunos procurarem profissionais, na saúde ou na educação, de modo a avaliarem e identificarem, corretamente, esses comportamentos, respondendo, assim adequadamente às dificuldades e necessidades individuais.

No estudo sobre a Identificação dos Comportamentos de Alunos com PHDA constata-se que 90% dos professores tiveram contacto com crianças que apresentam esta perturbação, deste modo verifica-se que a experiência profissional, e de acordo com a literatura, indica que existe um melhor conhecimento desta problemática (Matos, 2013). Os resultados deste estudo indicam que os docentes inquiridos apresentam algum conhecimento desta problemática, apesar de não ser suficiente, pois revelam lacunas ao nível do diagnóstico, do tratamento e das estratégias de intervenção. Assim sendo, constata-se semelhanças com o estudo acerca do Conhecimento sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, isto porque o conhecimento da PHDA é insuficiente tanto na população em geral como nos profissionais envolvidos, quer ao nível do diagnóstico, quer ao nível da intervenção (Gomes, Palmmini, Barbirato, Rohde & Mattos, 2007). Semelhante a este estudo é possível encontrar outro, realizado na Austrália, a partir de docentes em função e de estudantes de pedagogia, em que se verificou que os estudantes tinham uma postura mais favorável à perturbação do que os docentes em função (Bekle, 2004).

É perceptível verificar no estudo sobre as Atitudes dos Professores face à Inclusão dos Alunos com PHDA que os participantes inquiridos revelam algum conhecimento relativamente a esta problemática, mas contudo demonstram desconhecimento em relação à importância da medicação, como forma de intervenção para o tratamento desta perturbação (Espada, 2011). No entanto, a literatura indica que existe uma falta de conhecimento por parte dos docentes no que respeita à PHDA, sendo um dos maiores obstáculos para trabalhar as necessidades das crianças com a perturbação (Sciutto, Terjensen & Frank, 2000).

À semelhança deste estudo, verifica-se noutro sobre a Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar que os resultados, sobre o conhecimento dos docentes relativamente à PHDA, revelam que estes apresentam pouca informação acerca desta problemática, contudo demonstram algum conhecimento geral relativamente à PHDA (Lourenço, 2009). Relativamente a um estudo efetuado pela Universidade de Valência, designado por Conhecimentos, Conceções Equívocas e Lacunas de Professores sobre o Déficit de Atenção e Hiperatividade verificou-se que os docentes têm pouco

conhecimento sobre a PHDA (Fernández & Casas, 2007). Ainda acerca do estudo, averigua-se que estes com mais horas de formação e experiência sobre a problemática, demonstram maior conhecimento desta, do que os com menos horas de formação.

No que diz respeito ao estudo Primary School Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) é referido que os docentes revelam pouco conhecimento sobre a perturbação (Perold, Louw & Kleynhans, 2010). Neste estudo verifica-se diferenças em relação ao presente estudo, pois os participantes do presente estudo revelam conhecimento da problemática ao invés dos participantes do estudo das autoras Perold, Louw e Kleynhans. Contudo, em ambos os estudos é identificada a necessidade de auxílio por parte de outros profissionais, ao nível do diagnóstico e da intervenção. Segundo as autoras do estudo é necessário criar um programa de capacitação e educação continuada para profissionais que trabalham com crianças que apresentam PHDA, sobretudo médicos de clínica geral, pediatras, educadores e psicólogos, assim como criar um programa de informação aos pais e às escolas, com o intuito de garantir um diagnóstico correto e com sucesso.

No estudo Aprender para Ajudar – PHDA observa-se que os docentes apesar de revelarem algum conhecimento acerca da problemática apresentam falta de conhecimento em relação a alguns aspetos como: a importância da medicação, sendo uma forma de intervenção pertinente ao tratamento desta problemática (Roberto, 2013).

Constata-se que no estudo sobre a Avaliação das Técnicas Comportamentalistas pelos Docentes do 1º Ciclo do EB em Crianças com PHDA os resultados obtidos vão de encontro aos do presente estudo, pois os docentes inquiridos possuem conhecimento acerca desta perturbação, mas não é o suficiente para responderem a todas as especificidades destas crianças, porque não têm formação adequada (Brito, 2014).

No estudo sobre As Crenças e Práticas dos Professores com os Alunos com Hiperatividade os resultados indicam que a idade, o tempo de serviço e o grau académico dos docentes não influenciam os conhecimentos dos mesmos, isto é, os docentes obtêm o conhecimento acerca da problemática através do trabalho diário com estas crianças (Rodrigues, 2014).

No que respeita ao estudo sobre os Alunos Hiperativos X Professor: Construindo um Elo Harmonioso verifica-se que os docentes inquiridos têm conhecimentos acerca da perturbação e trabalham com os seus alunos de forma a colmatar as dificuldades de aprendizagem sentidas (Magalhães, Toledo, Santos, Costa & Ramos, 2015).

A segunda questão orientadora baseia-se em *quais as percepções que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico têm sobre as características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?*

No que diz respeito ao presente estudo verifica-se que os docentes inquiridos percecionam as características da PHDA para um diagnóstico, de acordo com a hiperatividade a 43%, o défice de atenção a 38% e a impulsividade a 19%. Assim sendo, para os docentes, a hiperatividade é a característica com maior prevalência, seguindo-se o défice de atenção e posteriormente a impulsividade. Relativamente a estes tipos de diagnóstico, averigua-se que as características mais relevantes do aluno com PHDA indicam que: este tem dificuldade em esperar a sua vez, interrompe ou interfere nas atividades dos outros, tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades e distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.

No estudo Aprender para Ajudar – PHDA, os participantes, ao serem questionados sobre as características que levam a suspeitar de um diagnóstico de PHDA, valorizam a falta de atenção seguida da hiperatividade (Roberto, 2013). Como tal, as crianças que apresentam PHDA manifestam uma atividade motora excessiva, uma falta de atenção e uma impulsividade, seja qual for o ambiente que estejam inseridas (Taylor, 1997).

Ainda referente ao estudo, os docentes consideram que os alunos manifestam dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades e não conseguem seguir instruções ou mesmo não terminam as tarefas escolares perturbando a vida escolar das crianças com a perturbação (Roberto, 2013).

Em contexto de sala de aula, as crianças apresentam taxas de comportamento mais baixas, relativamente à realização das tarefas e do trabalho autónomo (Abikoff, 2002).

No que se refere ao estudo sobre a Atitude dos Professores face à Inclusão dos Alunos com PHDA verifica-se que as características que mais perturbam a vida escolar das crianças que apresentam PHDA são estas esquecerem-se das atividades quotidianas, perderem objetos necessários às tarefas e atividades escolares e parecerem não ouvir quando se lhes dirige a palavra (Espada, 2011). Confrontando este estudo com um estudo comparativo averigua-se que existem diferenças entre as características relacionadas com a falta de atenção, pois os docentes deste estudo referem que as mais preocupantes são a frequência com que os alunos perdem objetos necessários a tarefas ou atividades e o esquecimento frequente das atividades quotidianas (Encarnação, 2006). Em contrapartida, no presente estudo as mais preocupantes no diagnóstico da falta de atenção são os alunos terem dificuldade em manterem a atenção nas tarefas e atividades, em

distraírem-se facilmente com estímulos irrelevantes e terem dificuldades em organizar atividades e tarefas.

Relativamente às características que estão relacionadas com a hiperatividades, os participantes do estudo comparativo indicam que as crianças com PHDA apresentam dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio, assim como apresentam movimento excessivo das mãos e pés ou movem-se quando estão sentados (Encarnação, 2006). No que concerne ao presente estudo observa-se que as mais preocupantes são as crianças falarem excessivamente e terem dificuldades em jogar ou dedicarem-se tranquilamente a atividades de lazer.

Considerando o estudo sobre os Conhecimentos, Percepções e Práticas dos Professores de EB face à PHDA verifica-se que os sintomas de hiperatividade são os que mais rapidamente levam à sinalização e deteção de uma criança com esta perturbação (Cariano, 2010). Contudo, alguns estudos demonstram, por outro lado, o défice de atenção como o mais sinalizado (Lourenço, 2009). Noutro estudo é perceptível averiguar que os professores reconhecem a hiperatividade como a mais disruptiva, ou seja a mais fácil de identificar (Sciutto, Terjensen & Frank, 2000). Como tal, a hiperatividade é a característica mais observável e aquela que acarreta mais problemas de comportamento em contexto escolar, pois as crianças apresentam níveis excessivos de atividade motora e oral, sendo manifestados através de agitação e inquietude (Barkley, 2006). Contrariamente ao presente estudo, verifica-se que no estudo sobre os Conhecimentos, Percepções e Práticas dos Professores de EB face à PHDA os professores consideram o défice de atenção como o sintoma que acarreta mais problemas na vida escolar das crianças com PHDA (Cariano, 2010). No entanto, num estudo intercultural entre a China e os EUA, sobre as percepções dos dois países acerca da PHDA, concluiu-se que enquanto os docentes americanos consideraram os sintomas de défice de atenção mais problemáticos, os docentes chineses assinalaram a hiperatividade (Norvilitis & Frank, 2005). Para os autores, estes resultados advêm de uma questão cultural, isto porque os chineses dão especial importância ao controlo e ao autodomínio comportamental. A literatura indica que a principal causa da existência de um rendimento escolar, vindo das possibilidades das crianças com esta perturbação, é o défice de atenção (Parker, 2003). Mesmo não sendo visível, é a característica com maiores implicações na seleção dos estímulos de forma adequada, pois após a informação chegar a estas crianças, elas fixam-se em detalhes mínimos e não conseguem apreender a ideia principal.

Fazendo uma análise sobre o impacto da PHDA em contexto escolar, os docentes consideram que torna-se mais difícil gerir as atividades que requerem trabalho académico, pois é necessário que o aluno tenha uma postura mais tranquila. Para situações menos problemáticas, em que o aluno não necessita de um comportamento tão estruturado, os docentes consideram o recreio e os tempos livres, como espaços adequados (Cariano, 2010). Assim sendo, constata-se que as situações que necessitam de maior concentração por parte dos alunos são as de trabalhar na sala de aula, como tal é necessário manter uma sala estruturada, com hábitos, regras e rotinas (Parker, 2003).

As crianças com diagnóstico de PHDA apresentam problemas na sala de aula, pois demonstram dificuldades em seguir instruções e em prestar atenção devida ao que necessitam realizar (Mahar & Chalmers, 2007). Assim sendo, a principal preocupação dos docentes prende pela dificuldade em manter a concentração dos seus alunos nas atividades (Landskron & Sperb, 2008).

Relativamente ao estudo sobre as Estratégias de Intervenção que devem ter os Docentes para a Inclusão dos Alunos com PHDA verificou-se que a opinião dos docentes, face aos comportamentos dos alunos, foi unânime, considerando como principais características o interromper frequente, a incapacidade de iniciativa, a dificuldade em manter a atenção ou em manter uma tarefa e a dificuldade em esperar pela sua vez (Ferreira, 2012). No mesmo estudo constatou-se que os docentes consideram como característica para a hiperatividade a dificuldade em manter atenção ou em manter uma tarefa.

Tal como no presente estudo, averigua-se que no estudo sobre a Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar a característica mais evidenciada é o défice de atenção seguida da hiperatividade, sendo que a menos assinalada é a característica da impulsividade (Lourenço, 2009).

No que se refere ao estudo sobre a Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto verifica-se que as características vão de encontro ao presente estudo. Assim sendo, constatou-se que as principais características deste estudo são: o aluno ter dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades, não seguir as instruções e não terminar o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções), distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes, levantar-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado e andar ou atuar como se estivesse sempre “ligado a um motor” (Santos, 2012). Estas conclusões são corroboradas,

isto é, referencia-se que as características predominantes da PHDA são os distúrbios a nível comportamental, académico, relacional e emocional, devido à hiperatividade e à falta de atenção (Parker, 2003; Lopes, 2004). Assim sendo, manifestam-se precocemente e causam problemas na escola, pois é um contexto, de extrema importância para a aprendizagem académica, e para a integração social e educativa das crianças, em que é necessário um maior controlo da atenção e da atividade (Parker, 2003).

No estudo sobre a Hiperatividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de intervenção por docentes do 1º CEB, comparativamente com o presente estudo, verifica-se que as características associadas ao aluno hiperativo apontadas pelos docentes são semelhantes às do presente estudo, sendo elas: ter frequentemente dificuldade em manter a atenção em tarefas ou jogos, ser muito ativo, ou seja, agir como se estivesse “ligado a um motor” e interromper frequentemente, ou perturbar os outros.

Assim sendo, uma forma interessante de descobrir o problema é imaginar a criança com a problemática como sendo um carro sem travões, pois é “incapaz de travar as distrações – desatento; incapaz de travar os desejos – impulsivo; incapaz de travar as ações - hiperativo” (Antunes, 2009, p. 151).

Tal como acontece no estudo sobre As Crenças e Práticas dos Professores com os Alunos com Hiperatividade, em que as principais características percecionadas pelos docentes inquiridos são a falta de atenção e a hiperatividade, pois as crianças com esta perturbação têm pouco autocontrolo (Rodrigues, 2014).

Pode constatar-se que no estudo sobre a Avaliação das Técnicas Comportamentalistas pelos Docentes do 1.º Ciclo do EB em Crianças com PHDA as respostas adquiridas pelos inquiridos foram de encontro ao presente estudo, pois as principais características são o défice de atenção e a hiperatividade, com 96,8% e 87,6% respetivamente (Brito, 2014).

No estudo acerca da Criança Hiperativa e o Professor: Um Estudo sobre o Trabalho Docente nas Séries Iniciais verifica-se que os inquiridos responderam que a característica comum da perturbação é a atenção e a concentração, pois os seus alunos têm comportamentos ligados a essa característica, como: a agitação, o nervosismo e as dificuldades de aprendizagem (Teixeira, Oliveira, Lima, Serpa & Rios, 2015). O mesmo acontecendo no estudo Alunos Hiperativos X Professores: Construindo um Elo Harmonioso, sendo que as características mais notórias na PHDA são a falta de atenção e concentração, pois gera grandes dificuldades de aprendizagem (Magalhães, Toledo, Santos, Costa & Ramos, 2015).

A terceira questão orientadora a ser fundamentada é **quais os tipos de apoio que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram adequados para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

No presente estudo verifica-se que os tipos de apoio que os docentes consideram adequados são a psicoterapia com 45%, o psicólogo com 28% e o tempo extra para realizar as tarefas com 14%. No que diz respeito ao estudo sobre a Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de crianças com PHDA confirma-se que os resultados vão de encontro ao presente estudo, pois o tipo de apoio mais adequado é o psicólogo seguido do médico (Espada, 2011). Em relação ao estudo sobre a Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1º Ciclo do EB os resultados foram semelhantes, isto porque constata-se que 62,5% dos inquiridos refere o apoio personalizado e 37,5% refere o psicólogo (Santos, 2012).

Quer nos estudos referidos, quer no presente estudo, averigua-se que os inquiridos consideram o psicólogo como apoio adequado à PHDA, pois será o técnico especializado que conseguirá introduzir adaptações e estratégias coerentes aos docentes do 1º Ciclo do EB.

No que concerne ao estudo sobre A PHDA como Fator Condicionante do Sucesso Escolar: Estudo Exploratório acerca das Perceções dos Professores verifica-se, comparativamente ao presente estudo, que 72,6% da amostra indica o psicólogo como tipo de apoio adequado, 54% indica o docente de NEE e 50% indica o pedopsiquiatra (Couto, 2012). Através dos dois estudos é possível confirmar que o psicólogo e o psicoterapeuta continuam a ser os tipos de apoio mais procurados, havendo uma relutância entre o docente de NEE, o psicoterapeuta e o tempo a realizar as tarefas escolares.

Tal como presente estudo, constata-se que na análise Às crenças e Práticas dos Professores com os Alunos com Hiperatividade os docentes inquiridos indicam que a psicoterapia é o apoio adequado às crianças que apresentam PHDA, pois ajuda-as a melhorarem o comportamento e a aprendizagem em consonância com os docentes (Rodrigues, 2014). O mesmo pode verificar-se no estudo sobre A Criança Hiperativa e o Professor: Um Estudo sobre o Trabalho Docente nas Séries Iniciais, pois os tipos de apoio mais indicados pelos docentes são a psicoterapia e o psicólogo (Teixeira, Oliveira, Lima, Serpa e Rios, 2015).

De acordo com estudo Alunos Hiperativos X Professor: Construindo um Elo Harmonioso, o tipo de apoio que maior influencia a criança com PHDA é o psicólogo, pois auxilia-a a ultrapassar as dificuldades de aprendizagem (Magalhães, Toledo, Santos, Costa e Ramos, 2015).

A quarta questão orientadora tem o objetivo de estabelecer: **para os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, quais as causas resultantes da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

No presente estudo as causas mais pertinentes que resultam em PHDA para os inquiridos são os fatores genéticos e neurológicos com 41%, os fatores biológicos com 36% e o ambiente familiar com 16%. No estudo sobre Aprender para Ajudar – PHDA verifica-se que a pertinência é a mesma do que no presente estudo, ou seja os inquiridos consideram a mais pertinente os fatores genéticos seguindo-se dos estilos parentais (Roberto, 2013). Relativamente a este aspeto, constata-se que os participantes de ambos os estudos não demonstram um grande conhecimento sobre as causas desta perturbação, pois as principais causas cronologicamente nomeadas são os fatores biológicos, o atraso na maturação, os fatores pré e perinatais, as influências genéticas e outras variáveis próprias do ambiente da criança (Barkley, 2006).

Segundo o estudo sobre a Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de crianças com PHDA constata-se que os resultados vão de encontro ao autor Barkley, pois a maioria dos participantes nomeou os fatores biológicos como principal causa, não acontecendo o mesmo com os restantes resultados, porque segue-se os fatores genéticos e por último os fatores ambientais, sendo que esta ordem não é a defendida pelo autor (Espada, 2011).

No que se refere ao estudo sobre a Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1º Ciclo do EB averigua-se que os resultados vão em concordância com os do presente estudo, isto é a maioria dos inquiridos considera que a principal causa são os fatores genéticos, com 25%, seguida dos fatores biológicos com 18,3% e finalizando com os fatores ambientais com uma percentagem significativa (Santos, 2012). É perceptível no estudo sobre a Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Atitudes de Professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do EB que os resultados são idênticos aos estudos anteriores mencionados, pois os inquiridos consideram os fatores genéticos como principal causa desta perturbação, seguindo-se dos fatores biológicos e depois os fatores ambientais (Lourenço, 2009).

Em relação ao estudo sobre a Identificação dos Comportamentos de Alunos com PHDA: Percepção dos Professores pode verificar-se que os resultados obtidos assemelham-se aos do presente estudo, isto é os inquiridos mencionam os fatores hereditários e genéticos e os fatores ambientais como principais causas para a perturbação (Matos, 2013). Através destes resultados consegue verificar-se que a causa desta perturbação passa pela hereditariedade, pelos riscos biológicos e pela má criação, assim sendo, os pais não têm que se sentir culpados, pois não são eles os causadores da hiperatividade nos filhos (Phelan, 2005).

No estudo acerca da Percepção dos Professores do 1º Ciclo do EB face aos Comportamentos Perturbadores de Crianças com PHDA averigua-se que os resultados obtidos são semelhantes ao do presente estudo, pois a maioria dos inquiridos respondeu que as causas mais predominantes da problemática são os fatores genéticos, o ambiente familiar e os fatores ambientais (Cardoso, 2013). Existem teorias que referem os problemas familiares, como a discórdia conjugal, a baixa instrução da mãe e as famílias monoparentais, serem uma das causas da PHDA, pois é notório que a criança aprenda a comportar-se de forma desatenta ou hiperativa por observar determinados comportamentos dos pais, excluindo o papel dos genes (Simões, 2007). É de salientar que a causa mais apontada é os fatores neurológicos ou genéticos, pois vai ao encontro dos estudos realizados com docentes.

No estudo sobre As Percepções dos Professores do EB face à Criança e Jovem com Hiperatividade e Défice de Atenção verifica-se que as respostas dos inquiridos não são díspares em relação à literatura e em relação ao presente estudo, isto porque as causas referidas são: os fatores neurológicos com 81%, os fatores associados ao funcionamento familiar com 53% e os fatores genéticos com 52% (Pinto, 2013).

A investigação na área da PHDA aponta para múltiplas causas, destacando-se os fatores neurológicos, as toxinas ambientais, os fatores genéticos e os fatores ambientais e psicossociais (Lopes, 2003; Barkley, 2006). Assim sendo, é de consenso atual que a etiologia é “multifatorial e apenas compreensível na medida da existência de inúmeros fatores de risco que em relação entre si criam situações de maior ou menor desadaptação do indivíduo” (Rodrigues, 2003, p. 29).

No estudo relativo Às crenças e Práticas dos Professores com os Alunos com Hiperatividade constata-se que os docentes inquiridos indicam o ambiente familiar como principal causa da perturbação, ou seja a PHDA decorre frequentemente de uma família desajustada, assim sendo, é denotar que os resultados não se adequam à revisão da

literatura e nem aos resultados do presente estudo (Rodrigues, 2014). Em contrapartida, o estudo acerca da Criança Hiperativa e o Professor: Um Estudo sobre o Trabalho Docente nas Séries Iniciais constata-se que a causa da PHDA que os inquiridos reconhecem, com grande maioria e principal responsável, é os fatores genéticos, o mesmo se verificando no presente estudo (Teixeira, Oliveira, Lima, Serpa e Rios, 2015).

A causa mais indicada pelos docentes inquiridos no estudo acerca de Alunos Hiperativos X Professor: Construindo um Elo Harmonioso é os fatores ambientais, pois a perturbação pode decorrer de estímulos ambientais, de situações traumáticas e distúrbios psicológicos (Magalhães, Toledo, Santos, Costa e Ramos, 2015). No presente estudo verifica-se que esta causa teve uma percentagem mínima de docentes inquiridos.

“A hiperatividade pode decorrer de fatores ambientais, que podem resultar de traumas durante o parto, distúrbios clínicos (gripe forte – comportamento hiperativo passageiro), efeitos colaterais de medicamentos (uso de fenobarbital para controlo de epilepsia – comportamento passageiro)” (Goldstein & Goldstein, 1994, p. 51).

A quinta questão orientadora retrata **quais as estratégias inclusivas que os docentes de 1º Ciclo do Ensino Básico utilizam, habitualmente, para melhorar o comportamento, a atenção e a concentração dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

A adoção de estratégias de intervenção, por parte dos docentes, são cruciais, pois permitem ajustar o comportamento do aluno com PHDA de modo a este adquirir competências académicas e não perturbar os restantes elementos da turma. “É claro que uma aula viva e interessante, dada por um professor que é bom comunicador, consegue prender a atenção de forma distinta de uma outra profundamente maçadora pelo tom monocórdico de um professor-robot” (Antunes, 2009, p. 175).

Assim sendo, no presente estudo constata-se que as estratégias mais eficazes para os docentes inquiridos são as tarefas curtas, bem definidas e sequenciais com 20%, a supervisão frequente do trabalho com 12% e o biofeedback com 9%. Neste mesmo estudo, no inquérito por questionário, a prevalência de inquiridos face à questão aberta, sobre este assunto é de treze docentes a considerarem a aplicação de tarefas curtas e definidas em determinado tempo, cinco docentes a definirem as atividades de maior interesse como estratégia, quatro docentes indicam que se sentam perto do aluno para auxiliar as dificuldades e quatro docentes tornam as aulas dinâmicas, participativas com atividades de cooperação. Os dois resultados são equiparáveis, visto verificar-se que as estratégias indicadas são semelhantes, pois aquela que tem a maior frequência de

inquiridos é coincidente. De forma a reduzir e controlar o comportamento das crianças hiperativas na escola, é importante que os docentes adotem atitudes favoráveis e positivas e proporcionem um sistema de aprendizagem escolar, tendo em conta as capacidades, as destrezas e as limitações apresentadas por essas crianças. Como tal “o elogio é o mais poderoso dos estímulos, o prémio o reconhecimento tangível do sucesso” (Antunes, 2009, p. 179).

No estudo sobre Aprender para Ajudar – PHDA averigua-se que as estratégias de intervenção em contexto escolar com maior frequência no dia a dia referidas, pelos inquiridos, são as tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas, tal como no presente estudo, seguindo-se do biofeedback e da supervisão frequente do trabalho, estando estas trocadas em relação ao presente estudo (Roberto, 2013). Estes aspetos são considerados essenciais para uma gestão de comportamentos de crianças hiperativas bem-sucedida (DuPaul & Stoner, 1994).

No que diz respeito ao estudo sobre a Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de Alunos com PHDA comprova-se que as estratégias de intervenção são semelhantes ao presente estudo, mas a ordem de preferência e frequência varia, ou seja, os participantes referiram o biofeedback, a supervisão frequente do trabalho, a organização da sala de aula e as tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas, como estratégias adequadas à perturbação (Espada, 2011).

No estudo sobre a Intervenção Multimodal da PHDA é referido que as crianças com esta perturbação necessitam de muita atenção, dedicação e informação relativamente ao trabalho que estão a realizar, provocando cansaço aos docentes (Rodrigues, 2008). Assim sendo, para o mesmo estudo, as estratégias de intervenção em contexto escolar vão de encontro às do presente estudo, pois é compreensível que estas crianças, quando são bem orientadas, quer ao nível do comportamento, quer nos trabalhos realizados ficam com maior motivação para realizar as tarefas propostas pelos docentes.

Relativamente ao estudo sobre as Estratégias de Intervenção que devem ter os Docentes para a Inclusão de Alunos com PHDA constata-se que as estratégias de intervenção em contexto sala de aula que proporcionam um ambiente mais favorável à aprendizagem são: afastar o aluno de focos de distração, identificar pontos fortes dos alunos, pedir ao aluno que execute curtas tarefas e do seu interesse, estabelecer regras de comportamento na sala de aula e de forma perceptível e traçar objetivos semanais e dar o feedback ao aluno (Ferreira, 2012). Estas estratégias não são semelhantes aos estudos apresentados nem ao presente estudo, mas vão de encontro com todos eles, pois

complementam as estratégias já assinaladas. Consequentemente no estudo sobre a Hiperatividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de Intervenção por Docentes do 1º Ciclo do EB verifica-se que os inquiridos consideram semelhantes as estratégias as mais eficazes, ou seja, manter o aluno afastado de focos de distração, enfatizar a qualidade e não a quantidade e sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do docente (Monteiro, 2011). Estas estratégias, também apontadas pelos docentes do presente estudo, mas não sendo a maioria, indicam que um aluno hiperativo necessita de um ambiente escolar bem estruturado, pois qualquer estímulo pode ser motivo de distração.

“É evidente que se uma criança tem facilidade em se distrair, a sala de aula ou de estudo deve estar ausente de fatores de alheamento com televisores, telemóveis ou brinquedos. Por outro lado, os principais fatores de desatenção na sala de aula são os próprios colegas, pelo que a procura do melhor lugar para sentar a criança com PHDA é crucial” (Antunes, 2009, p. 174).

De acordo com estas estratégias de intervenção, é crucial que o aluno hiperativo sente-se “perto de um bom modelo, ou próximo do professor, de forma que possam ser incentivados a trabalhar” (Parker, 2003, p. 57).

No estudo sobre Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Atitudes de Professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do EB averigua-se que as estratégias de intervenção mais referidas pelos inquiridos são a supervisão frequente do trabalho, o dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz e as recompensas sociais (Lourenço, 2009). Estas estratégias também são apontadas pelos inquiridos do presente estudo mas com uma percentagem mínima.

Como tal, é imprescindível que a intervenção oriente-se para a facilitação da aprendizagem dos alunos através de técnicas eficazes de forma a melhorar o processo de ensino-aprendizagem, sendo designadas de estratégias remediativas, uma vez que se parte dos problemas existentes (DuPaul & Stoner, 2007). Se as dificuldades não atingirem níveis de gravidade consideráveis, mas existirem indicações de que se converge para esse sentido, deve assegurar-se medidas preventivas.

No que se refere à literatura, afirma-se que o processo de ensino-aprendizagem é mais do que fornecer as ferramentas de aprendizagem, é indispensável introduzir estratégias de prevenção e de intervenção, subordinadas aos princípios da promoção de ensino ativo e contínuo de normas e regras relativas a comportamentos apropriados, da distinção e fixação de níveis e contingências a essas normas e regras, adaptando as

expetativas do pessoal da escola a elas, da modificação dos currículos escolares e das normas de avaliação, de maneira a ir ao encontro dos seus problemas e a evitar frustrações e desmotivações com fim de melhorar os resultados e níveis de aprendizagem, da monitorização e supervisão contínua da aprendizagem nas áreas de leitura, escrita e matemática, ou noutras áreas curriculares e da fomentação e independência dos alunos, ensinando-os a organizar as matérias escolares e a adotar estratégias adequadas de estudo e de trabalho (Wolfe, 2004). Assim sendo, deve intervir-se o mais precocemente possível para conseguir-se minorar os efeitos negativos e estabelecer-se estratégias que permitam ajustar o comportamento das crianças aos objetivos do processo ensino-aprendizagem, tentando promover o equilíbrio emocional e um melhor desempenho académico do aluno (DuPaul & Stoner, 2007).

No estudo sobre a Avaliação das Técnicas Comportamentalistas pelos Docentes do 1.º Ciclo do EB em Crianças com PHDA averigua-se que o tipo de terapia que os inquiridos consideram pertinentes são as técnicas comportamentalistas, pois é através do reforço positivo que as crianças ultrapassam as suas dificuldades e integram-se no contexto escolar (Brito, 2014).

Num estudo acerca das Crenças e Práticas dos Professores com os Alunos com Hiperatividade averigua-se que as estratégias com maior fluência, indicadas pelos docentes inquiridos, são: tentar auxiliar o aluno nas tarefas, criar tarefas lúdicas de forma a incentivar a aprendizagem e elogiar o bom desempenho da criança com PHDA (Rodrigues, 2014).

No estudo sobre Estratégias de Intervenção em Contexto Escolar na PHDA, a estratégia de intervenção mais indicada pelos inquiridos é as recompensas, levando a considerar uma preocupação, pois os docentes apresentam falta de conhecimentos da perturbação e como tal demonstram dificuldades em aplicar estratégias adequadas (Filipe, Mónico & Castro, 2015).

Na sexta e última questão orientadora verifica-se **quais as terapias de intervenção que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico reconhecem como adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

No que concerne ao presente estudo verifica-se que as terapias de intervenção mais mencionadas pelos inquiridos são a medicação com 33%, as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico com 18%, o apoio escolar/académico com 11% e terapia com animais com 11%. A terapia com animais é uma prática realizada por profissionais da área da saúde, com o objetivo de promover o desenvolvimento físico,

psíquico, cognitivo e social (Dotti, 2005). Esta prática não substitui a medicação e nem as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto escolar, anteriormente mencionadas, mas funciona como um complemento para melhorar a qualidade de vida (Abellán, 2009).

No que respeita ao estudo sobre Aprender para Ajudar – PHDA verifica-se que os docentes consideram benéfico o apoio escolar e as técnicas comportamentais e cognitivas, mas contudo realçam a colaboração dos pais-escola em vez da medicação (Roberto, 2013). Isto porque é um fator importante para a resolução dos problemas das crianças com esta perturbação, devido a ser pertinente que os pais estejam presentes na vida dos filhos. Para fundamentar os resultados anteriores constata-se que no estudo Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de Crianças com PHDA as técnicas de intervenção assemelham-se, pois os inquiridos consideram as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico e a colaboração dos pais-escola (Espada, 2011). O mesmo se pode verificar noutros dois estudos sobre o Estudo das Perceções de Professores sobre a PHDA – Estudo Piloto das Perceções dos Professores do 1º, 2 e 3º Ciclos e Secundário das Escolas de Santarém e sobre o estudo da Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Exploratório das Perceções dos Professores do 1º Ciclo, pois as técnicas de intervenção consideradas benéficas para as crianças com PHDA são semelhantes às do presente estudo (Encarnação, 2006; Rodrigues & Ribeiro, 2008).

No estudo sobre a Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar averigua-se que os docentes inquiridos julgam ser benéfico a colaboração pais-escola, assim como as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico e a medicação (Lourenço, 2009). Esta última é considerada a terapia de intervenção mais benéfica, pois ajuda as crianças com esta perturbação a ultrapassar as suas dificuldades. É através da intervenção farmacológica que se melhora a atenção e o autocontrolo e se diminui os comportamentos de agressividade. Conclui-se que são os estimulantes que se têm revelado mais eficazes no tratamento da PHDA (Bradley, 1937).

Tal como no presente estudo é verificável que no estudo sobre a Hiperatividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de Intervenção por Docentes do 1º Ciclo do EB os docentes inquiridos consideram a medicação a intervenção mais eficaz para a perturbação (Monteiro, 2011). Não subsistem dúvidas quanto ao facto de a medicação ser a intervenção mais eficaz na redução dos sintomas da PHDA, pois, nomeadamente, não pode ser somente educativa.

“O tratamento da hiperatividade consiste, desde há várias décadas, basicamente na administração de fármacos, especialmente estimulantes, assim como na aplicação de métodos comportamentais e cognitivos. Ambas as modalidades de tratamento têm obtido êxito, melhorando o comportamento da criança em diferentes aspetos” (García, 2001, p. 59).

Para colmatar os estudos referidos, verifica-se que no estudo sobre a Perceção dos Professores do 1º Ciclo do EB face aos Comportamentos Perturbadores de Crianças com PHDA os inquiridos referenciam que as terapias eficazes são as estratégias cognitivo-comportamentais (Cardoso, 2013). Pois, a eficácia do uso da gestão de comportamentos, através da aplicação deste tipo de estratégias, é apontada, na literatura, como forma de promoção de competências de autorregulação comportamental e de autonomia do aluno com esta perturbação (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

No estudo sobre A PHDA como Fator Condicionante do Sucesso Escolar Estudo Exploratório acerca das Perceções dos Professores é retratado, pelos docentes inquiridos, o mesmo tipo de terapias de intervenção como benéficas aos alunos com PHDA, tendo sido assinaladas a medicação, a terapia psicológica e a colaboração pais-escola, para melhor resolução dos problemas, tal como no presente estudo (Couto, 2012). Nesse sentido “a tendência referida parece ir de encontro ao verificado em estudos internacionais realizados com professores, estes revelam uma maior aceitação da intervenção farmacológica que utilizada de uma forma isolada, quer considerada em combinação com outras formas de intervenção” (Júlio, 2009, p. 111).

Tal como em todos os estudos já mencionados, no que se segue sobre As Perceções dos Professores do EB face à Criança e Jovem com Hiperatividade e Déficit de Atenção as terapias de intervenção repetem-se, sendo elas a colaboração pais-escola, apoio escolar e académico, a medicação e a implementação de técnicas comportamentais e cognitivas específicas em contexto clínico (Pinto, 2013). Pode ser verificável que no estudo sobre a Avaliação das Técnicas Comportamentalistas pelos Docentes do 1.º Ciclo do EB em Crianças com PHDA a situação repete-se, pois as técnicas comportamentais e cognitivas, a intervenção farmacológica e apoio escolar/académico são as terapias mais eficazes, segundo os inquiridos (Brito, 2014). É possível estabelecer comparação com o estudo sobre Aprender para Ajudar – PHDA e o estudo da Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto em Professores do EB, pois os resultados obtidos são semelhantes (Roberto, 2013; Santos, 2012).

É importante realçar que no estudo sobre a Avaliação das Técnicas Comportamentalistas pelos Docentes do 1º Ciclo do EB em crianças com PHDA verifica-se que os inquiridos indicaram as terapias de intervenção adequadas como a intervenção psicossocial, a terapia cognitiva-comportamentalista, a terapia farmacológica e a terapia familiar, respetivamente por esta ordem, pois são as mais benéficas para a criança com esta perturbação (Brito, 2014).

No estudo acerca da Criança Hiperativa e o Professor: Um Estudo sobre o Trabalho Docente nas Séries Iniciais constata-se que a terapia adequada à perturbação é a medicação, assim como no presente estudo (Teixeira, Oliveira, Lima, Serpa e Rios, 2015). O mesmo é de realçar no estudo sobre Alunos Hiperativos X Professor: Construindo um Elo Harmonioso, pois os inquiridos indicaram a medicação como terapia de intervenção adequada à problemática em estudo (Magalhães, Toledo, Santos, Costa e Ramos, 2015).

Assim sendo, conclui-se que o tratamento da PHDA é baseado na reorganização dos comportamentos dos alunos com esta perturbação, permitindo o ajuste das suas atitudes perante o ambiente familiar, escolar e social, recorrendo às terapias comportamentais e cognitivas, ao apoio escolar e académico e à terapia farmacológica (medicação) (Amaral, Jou, Pavan, Schaefer & Zimmer, 2010).

3. Considerações Finais

A PHDA é uma perturbação do comportamento que afeta o percurso de um grande número de alunos em diversos ambientes, ou seja, em casa, na escola, na sociedade e no relacionamento com os seus pares e com os outros. Esta perturbação é considerada como “uma síndrome neurobiológica que deriva de uma perturbação neuroquímica, que comporta três características principais: uma atenção inconstante, impulsividade verbal, motora e social e ainda hiperatividade” (Sauvé, 2006, p. 20). A identificação, o diagnóstico e a intervenção precoces são essenciais para um melhor prognóstico a curto e a longo prazo.

Apesar de existir uma preocupação com esta problemática e a investigação na área esteja a progredir, ainda é necessário trabalhar o contexto escolar, a identificação, a elaboração e implementação de um programa de intervenção de forma a satisfazer as

necessidades educativas dos alunos com PHDA, estimulando as suas potencialidades. Como, muitas vezes, estas necessidades educativas são ignoradas, pode levar a um desajustamento no desenvolvimento de comportamentos, ou, até mesmo, a uma falta de adaptação escolar.

Assim sendo e como o objetivo geral deste estudo é **conhecer quais as estratégias e terapias que os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram mais adequadas utilizar nos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, pretende-se clarificar a problemática da PHDA, as estratégias e as terapias que os docentes ministram ou encaminham para minimizar os comportamentos inapropriados e melhorarem a atenção e a concentração destes alunos, proporcionando-lhes um ensino-aprendizagem com sucesso. Como tal, a família, a escola e todos os intervenientes no processo educativo devem criar condições para que as crianças, que apresentam esta problemática, venham a ser integradas nas regras sociais de forma a se adaptarem à escola e às exigências da vida social (Ferreira, 2012).

Através deste objetivo geral foi construído um inquérito por questionário como instrumento de medida. Esse questionário foi delineado após a revisão da literatura para o tema em estudo, o que se permite verificar nas questões orientadoras. Como tal, selecionou-se dois tipos de questão: as questões de caracterização da amostra e as questões de conteúdo.

No que diz respeito ao primeiro objetivo específico, sendo ele, **compreender as perceções dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico relativas às características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção** verifica-se que todos os alunos têm direito à educação, independentemente das suas características ou ritmos de aprendizagem, pois os alunos com NEE “têm direito a um programa de educação específico, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o menos restritivo possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem” (Correia, 1999, p. 48). Assim sendo, é da competência da escola e de todos os intervenientes do aluno criar condições para que futuro desta venha a ser, tanto quanto o possível, um sucesso a nível profissional (Monteiro, 2011).

Ressalva-se as características comuns desta perturbação como sendo a movimentação excessiva do indivíduo, a falta de atenção, a impaciência, a impulsividade, a distração, a impossibilidade de focalizar a atenção por muito tempo num determinado objetivo, a baixa autoestima, os problemas de rejeição e as dúvidas quanto à sua

capacidade intelectual que podem ser minimizadas, contornadas ou mesmo eliminadas (Smith & Strick, 2001).

Tal como é referido num dos objetivos específicos, sendo ele **identificar as estratégias utilizadas pelos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico para captarem a atenção, a concentração e melhorarem o comportamento dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**, os docentes inquiridos consideram importante a utilização de estratégias adequadas e individualizadas em contexto sala de aula, para a criação de um ambiente propício à aprendizagem das crianças com esta perturbação, estabelecendo regras comportamentais (Ferreira, 2012).

Os conhecimentos acerca das intervenções no contexto sala de aula devem ser aplicados na implementação de um conjunto de estratégias pedagógicas, para permitirem uma melhor aprendizagem dos alunos com PHDA, criando um ambiente favorável, encaminhando os alunos para o apoio educativo, adaptando a sala de aula, mantendo um contacto frequente com a família, ser coerente na apresentação dos conteúdos e ser persistente na adaptação das estratégias (Santos, 2012).

Existe a necessidade de introduzir estratégias, de adaptar métodos de ensino, de adequar os currículos individuais e de adequar os processos de avaliação para serem eficazes com os alunos que apresentem PHDA (DuPaul & Stoner, 2007).

É verificável que a escolha das estratégias de intervenção são executadas, pelos docentes, de acordo com o seu perfil, ou seja, área de formação, género, idade e tempo de serviço (Santos, 2012).

Reflete-se no objetivo específico sobre **identificar a perceção dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico sobre as terapias adequadas aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção** que a medicação é um fator importante para o processo educativo dos alunos com PHDA, pois melhoram os seus desempenhos escolares (Ferreira, 2012). Para os docentes a medicação é considerada um fator relevante para o processo educativo do aluno com PHDA, pois consideram que o aluno deve receber tratamento farmacológico, com o intuito de melhorar o seu desempenho escolar (Monteiro, 2011).

Pode ser analisado em vários estudos que a administração da medicação nas crianças, estas “melhoram nas aprendizagens simples e complexas. Conseguem memorizar melhor, palavras e símbolos aprendidos. Conseguem lembrar-se mais depressa e melhor a matéria que aprenderam” (Selikowitz, 2010, p. 206).

“A medicação, embora parte importante do tratamento, não é panaceia universal para o PHDA, ocupando as estratégias de tipo educacional um espaço de intervenção tão ou mais importante” (Lopes, 2004, p. 159).

Atendendo aos objetivos geral e específicos é de realçar o início deste estudo, ou seja a pergunta de partida, sendo ela **como percebem os docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?**

Esta pergunta tem como finalidade justificar a pertinência deste estudo, sendo que a PHDA é a uma realidade com implicações na sociedade a vários níveis: escolar, familiar e comunitário. É a perturbação com maior prevalência e o distúrbio comportamental mais estudado que afeta crianças ao nível académico e no relacionamento com os seus pares e docentes (Barkley, 2006). As percepções que os docentes têm influenciam de modo direto a promoção do sucesso escolar das crianças com PHDA, sendo que a peça chave desse sucesso é os docentes que com elas trabalham no dia a dia (Barkley, 2006).

O estudo das percepções dos docentes é pertinente, pois através da sua análise e da sua compreensão pode-se interpretar a verdadeira natureza dos comportamentos e promover-se a eficácia das formas de intervenção.

3.1. Recomendações

Considera-se pertinente que os docentes entendam a formação como um processo permanente e contínuo, assim sendo devem manter-se atualizados relativamente à PHDA, para que consigam despistar a mesma e adotarem estratégias adequadas e diversificadas, de forma a melhorar a aprendizagem das crianças com esta perturbação. Assim sendo, recomenda-se que o docente esteja atento às características dos seus alunos, com o intuito de identificar a PHDA e encaminhá-los para técnicos que trabalham com eles. O objetivo deve ser que todos os técnicos, docentes e família trabalhem em equipa, esforçando-se na procura de estratégias apropriadas ao aluno, para que este ultrapasse as suas dificuldades.

Ressalva-se que um diagnóstico precoce e um tratamento adequado pode reduzir os conflitos existentes na família, na escola e no comportamento destes alunos, levando à solução de vários problemas, sendo eles: a retenção escolar e posteriormente o abandono, a depressão, os distúrbios de comportamento, os problemas racionais e vocacionais, as fracas competências sociais, a entrada na marginalidade ou delinquência

e o abuso de drogas (Parker, 2003). Como tal, é papel do docente tentar compreender, procurar saber e encontrar formas de agir, no que leva ao sentido da inclusão e da aceitação da diferença, pois “a criação de um ambiente positivo e confortável é essencial para que a experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos” (Nielsen, 1999. P. 23).

4. Limitações do Estudo

Ao longo do estudo verifica-se algumas limitações para a concretização do mesmo. Assim sendo é notório afirmar-se a dificuldade sentida na procura de docentes do 1º Ciclo do EB dispostos a colaborar e participar no estudo, pois havia renitência no preenchimento do inquérito por questionário, pelo facto do anonimato, da confidencialidade, do desinteresse, da falta de conhecimentos sobre a temática e da falta de tempo. No que diz respeito à falta de conhecimentos, constata-se que algumas questões podem ser consideradas perturbadoras, isto é, o inquirido pode sentir-se intimidado em expor os seus conhecimentos, pelo facto de resultar em rejeição social. Como tal, é ser garantido o anonimato e a confidencialidade de todos os inquiridos do estudo.

“O carácter perturbador de uma pergunta é comparável ao nível de inquietação que provoca nos inquiridos. No entanto, não conseguem explicar porque é que algumas produzem mal-estar, à exceção de sugerirem implicitamente que tais perguntas são percebidas pelos inquiridos como suscetíveis de gerarem respostas socialmente corretas ou socialmente desejáveis” (Foddy, 1999, p. 140).

No que diz respeito às referências bibliográficas salienta-se a complexidade em encontrar literatura recente ao tema em estudo, mas após uma procura exaustiva ultrapassa-se essa limitação.

Tendo em conta que o estudo é de pequena dimensão, não se pretende generalizar os seus resultados, como tal constitui uma limitação de pesquisa. Contudo, este estudo não deixa de ser um pequeno contributo para a temática, pois a partir dos resultados obtidos pode melhorar-se os conhecimentos que se tem sobre esta perturbação e assim, melhorar as estratégias de intervenção pedagógica.

Outra das limitações pertinentes é a opção metodológica, pois como se trata de um estudo sobre as perceções dos docentes, esta devia ter tido um instrumento de pesquisa através da utilização de inquéritos por entrevista e da observação direta dos

comportamentos dos docentes e dos alunos no contexto escolar, pois aproxima-se mais da realidade. Ainda relativamente à opção metodológica, poderia ter-se tido em conta um estudo de caso a alunos, de diferentes características, pois teria maior eficácia porque descobrir-se-ia, com maior certeza, as estratégias eficientes para cada tipo de critério de diagnóstico. Mas devido ao tempo disponível e aos recursos disponíveis não foi possível realizar um estudo neste campo.

5. Linhas Futuras de Investigação

Através da análise deste estudo, é possível verificar os resultados obtidos como não sendo decisivos para a problemática, pois como a investigação evolui, continuar-se-á a descobrir um pouco mais sobre esta perturbação, e sobre a perceção dos docentes do 1º Ciclo do EB ao trabalharem com crianças patentes de PHDA, de forma a ajudá-las.

Assim sendo, seguidamente apresentam-se as linhas futuras de investigação direcionadas ao tema do presente estudo.

A primeira diz respeito ao alargamento da população em estudo, ou seja, seria pertinente comparar as perceções dos docentes de diferentes ciclos sobre as práticas pedagógicas acerca da PHDA, para constatar se os problemas mantêm-se ao longo da idade.

Noutra linha futura de investigação, seria interessante comparar as perceções dos docentes do 1º Ciclo do EB, acerca das crianças com PHDA, com as perceções dos pais dessas mesmas crianças.

A terceira linha futura de investigação seria na utilização de outras técnicas de recolha de dados para a triangulação de informações, com o objetivo de obter informação mais profunda, isto é através da observação direta e dos inquéritos por entrevista conseguir-se-ia compreender aprofundadamente a problemática em estudo.

A quarta linha futura de investigação seria a comparação de duas hipóteses, ou seja, num grupo de alunos com PHDA implantar-se-ia estratégias adequadas e noutro grupo trabalhar-se-ia de igual modo às crianças sem a perturbação, com o intuito de se verificar as semelhanças e diferenças nos dois grupos de trabalho.

Bibliografia

Abellán, R. (2009). Atención a la diversidad y terapia assistida por animales. *Revista Educación Inclusiva*, 3, 111-133.

Abikoff, H. (2002). Matching patients to treatment. In P. Jensen & J. Cooper (Eds.), *Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: state of the science, best practices*. (15.1-15.14). Kingstone, NJ: Civic Research Institute.

Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em educação – um guia prática e crítico*. Porto: ASA.

Ainscow, M. & Ferreira, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva. Algumas reflexões sobre experiências internacionais. In D. Rodrigues (Org). *Perspetivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. (pp.111-141). Porto: Porto Editora.

Almeida, L. & Freire. T. (2000). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilíbrios.

Amaral, B., Jou, G., Pavan, C., Schaefer, L. & Zimmer, M. (2010). Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 23, 29-36.

American Phychiatric Association. (1980). *DSM-III – diagnostics and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Phychiatric Publishing.

American Phychiatric Association. (1987). *DSM II-R – diagnostics and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Phychiatric Publishing.

American Phychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR – manual estatístico e de diagnóstico das doenças mentais*. Lisboa: Clepsidra Editores.

American Phychiatric Association. (2013). *DSM-5 – diagnostics and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Phychiatric Publishing.

American Phychiatric Association. (2014). *DSM-5 – manual estatístico e de diagnóstico das doenças mentais*. Lisboa: Clepsidra Editores.

Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos. Da hiperatividade à síndrome de asperger, da dislexia às perturbações do sono. As respostas que procura*. Lisboa: Verso de Kapa.

Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención y hiperactividad. *Neurología*, 1, 68-78.

Bairrão, J., Pereira, F., Felgueiras, I., Fontes, P. & Vilhena, C. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema educativo*. Lisboa: CNE.

Baliza, E. (2002). *Os alunos e a escola inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.

Bautista, R. (1997). Uma escola para todos: integração escolar. In R. Bautista (Org.), *Necessidades educativas especiais*. (pp. 21-35). Lisboa: Dinalivro.

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Barkley, R. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

Barkley, R. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - THDA*. São Paulo: Artemed.

Barkley, R. (2006). Associated cognitive, developmental and health problems. In R. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder – a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 122-183). New York: The Guildford Press.

Barkley, R. (2006). Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. In R. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder - a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 77 - 121). New York: Guilford Press.

Barkley, R. (2006). The nature of ADHD - history. In R. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder - a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 3-75). New York: Guilford Press.

Baptista, M. (2010). *Perturbação de hiperatividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das perceções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Baptista, J. (2011). *Introdução às ciências da educação: temas e problemas da educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Bekle, B. (1994, 17 de fevereiro). Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *PubMed*, 3, 151-161.

Bell, J. (2008). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Borg, W. & Gall, M. (1996). *Educational research: na introduction*. New York: Longman.

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 94, 577-581.

Brito, C. (2014). *Avaliação das técnicas comportamentalistas pelos docentes do 1º ciclo do ensino básico em crianças com PHDA*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

Cardo, E. & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 40. 11-15.

Cariano, A. (2010). *Conhecimentos, perceções e práticas dos professores de ensino básico face à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Covilhã, Portugal.

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

Correia, L. (1999). *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.

Correia, L. (2005). *Inclusão e necessidades educativas especiais. Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. & Cabral, M. (1999). Da exclusão à segregação. In L. Correia (Dir.), *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares* (pp. 13-15). Porto: Porto Editora.

Costa, A. (1999). Uma educação inclusiva a partir da escola que temos. In Concelho Nacional de Educação (Ed.), *Uma educação inclusiva a partir da escola que temos* (pp. 25-36). Lisboa: Ministério da Educação.

Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C. (2010). *Juntos no desafio – um guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso.

Couto, M. (2012). *A PHDA como fator condicionante do sucesso escolar: estudo exploratório acerca das perceções dos professores*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração, Vila Nova de Gaia, Portugal.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. (2006). *Reorganização das escolas especiais em centros de recursos*. Lisboa: Ministério da Educação.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. (2008). *Manual de apoio à prática*. Lisboa: Ministério da Educação.

- Dotti, J. (2005). *Terapia & animais*. São Paulo: Noética.
- DuPaul, G. & Stoner, G. (2007). *TDHA nas escolas - estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Encarnação, J. (2006). *Estudo das perceções de professores sobre a PHDA – estudo piloto das perceções dos professores do 1.º, 2 e 3º ciclos e secundário das escolas de Santarém*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.
- Espada, C. (2011). *Atitude dos professores do 1.º ciclo face à inclusão de alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA)*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.
- Falardeau, G. (1997). *As crianças hiperativas*. Mem Martins: Edições CETOP.
- Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas da investigação em educação. *Noesis*, 18, 64-66.
- Fernandes, E. (2007). *Perturbação de défice de atenção e hiperatividade no âmbito escolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Fernandes, H. (2002). *Educação especial – integração das crianças e adaptação das estruturas de educação*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Fernandes, R. (2004). Nas origens do “ensino especial”; o primeiro instituto português de surdos-mudos e cegos. In M. Felgueira, M. Meneses & R. Fernandes (Org.), *Questionar a sociedade, interrogar a história (re) pensar a educação* (pp. 705-729). Porto: Edições Afrontamento.
- Fernández, S. & Casas, R. (2007). Comocimientos, concepciones erróneas e lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19, 585-590.
- Ferreira, M. (2012). *Estratégias de intervenção devem ter os docentes para a inclusão de alunos com perturbação hiperatividade e défice de atenção*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.
- Foddy, W. (1999). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente: questões e perspetivas atuais. *Psychologica*, 19, 165-199.
- Fonseca, A., Ferreira, J., Simões, A., Rebelo, J., & Cardoso, F. (1996). A escala revista de conners para professores (conners - 28): dados normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 83-87.

- Fortin, M. (1996). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freixo, Manuel. (2011). *Metodologia científica – fundamentos, métodos e técnicas*. Almada: Instituto Piaget.
- García, I. (2001). *Hiperatividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. & Moeini, S. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education Counseling*, 63, 1-5.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, M., Palmini, A., Barbirato, F., Rohde, L. & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 94-101.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1994). *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade da atenção da criança*. São Paulo: Papirus.
- Gonçalves, M. (2009). *Perturbação de hiperatividade com défice de atenção – projeto de intervenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Goodman, G. & Poillon, M. J. (1992). Add: acronym for any dysfunction or difficulty. *The Journal of Special Education*, 26, 37-56.
- Guba, E. C. & Lincoln, (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. (p 105-117). Thousand Oaks: Sage.
- Havey, J. (2007). A comparison of Dutch and US teachers' perceptions of the incidence and management of ADHD. *SCH Psycho int*, 28, 46-52.
- Jerome L, Gordon M. & Hoste P. (novembro, 1994). A comparison of american and canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *PubMed*, 39, 563-567.
- Júlio, A. R. (2009). *Representações acerca da perturbação de hiperatividade e défice de atenção*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Landskron, L & Sperb, T. (2008). Narraciones de profesores sobre el TDAH: un estudio de caso coletivo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12, 153-167.

- Lisboa, A. (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Lopes, J. A. (2004). *A hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, M. (1997). *A educação especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM.
- Lourenço, M. (2009). *Hiperatividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo comparativo das perceções 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.
- Ludke, M. & André M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
- Madureira, I. & Leite, T. (2003). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Magalhães, I., Toledo, M., Santos, M., Costa, M. & Ramos, M. (2015). *Alunos hiperativos x professor: construindo um elo harmonioso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Educação – FACE, Brasília, Brasil.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Mahar, P. & Chalmers, L. (2007). Teachers' perceptions of students diagnosed with ADHD. *National Forum Applied Educational Research Journal*, 20, 1-8.
- Martins, E. C. (1996). *Sínteses de investigação qualitativa*. Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal.
- Matos, T. (2013). *Identificação dos comportamentos de alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção: perceção dos professores*. Dissertação de Mestrado, Centro Regional das Beiras, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais – Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.
- Merriam, S. (1998). *Case study research in education: a qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Merwood, A. & Asherson, P. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: a lifespan genetic perspective. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5, 33-46.
- Moltó, M. (2005). *Diversidad y educación inclusiva*. Madrid: Prentice Hall.
- Monroy, A. (2003). *Práticas educativas para a educação do jovem com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Monteiro, A. (2011). Hiperatividade 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.

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22, 7-32.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In C. Rosa (Org.), *Intervenção no comportamento* (pp. 96-100). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In C. Rosa & R. Antunes (Org.), *Perturbação de oposição e desafio* (pp. 127-131). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In C. Rosa & R. Antunes (Org.), *Dificuldades de aprendizagem* (pp. 163-167). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In J. Ferreira (Org.), *Tiques* (pp. 154-158). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In S. Afonso (Org.), *Novos critérios de diagnóstico e diferentes formas clínicas* (pp. 35-40). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In S. Afonso (Org.), *O que é a PHDA – prevalência* (pp. 17-20). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In S. Cláudia (Org.), *Socialização* (pp. 142-154). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In S. Filipe (Org.), *A PHDA e o sono* (pp. 171-176). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In S. Ruivinho (Org.), *Alterações da linguagem* (pp. 158-163). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In P. Medeiros (Org.), *Depressão* (pp. 137-142). Lisboa: Verso de Kapa.

Neto, Ana. (2014). Hiperatividade e défice de atenção. In P. Medeiros (Org.), *Ansiedade* (pp. 131-137). Lisboa: Verso de Kapa.

Nielsen, L. (1999). Desordem por défice de atenção com e sem hiperactividade. Porto: Porto Editora.

Norvilitis J. & Fang, P. (2005). Perceptions of ADHD in China and United States: A preliminary study. *Journal of Attention Disorders*, 9, 1-12.

Olabuenaga, J. & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: metodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deuto.

OMS. (2001). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Pardal, L. & Correia, E. (1994). *Técnicas de pesquisa em ciências sociais*. Porto: Areal Editores
- Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade - um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Pereira, F. (2004). *Políticas e práticas educativas – o caso da educação especial e do apoio socioeducativo nos anos 2002 a 2004*. Lisboa: Fundação Liga.
- Pereira, F. (2008). *Educação especial – manual de apoio à prática*. Lisboa: DGIDC.
- Rebelo, J. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 20, 203-218.
- Perold, M., Louw, C. & Kleynhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30, 457-473.
- Phelan, T. (2005). *TDA/TDAH. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamento*. S. Paulo: M. Books.
- Pinho, A., Mendes, L. & Pereira, M. (2007) *Perturbação hiperativa com défice de atenção: um problema negligenciado*. Manuscrito não publicado, Universidade Lusíada, Lisboa.
- Pinto, O. (2013). *As perceções dos professores do ensino básico face à criança e jovem com hiperatividade e défice de atenção*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal.
- Polaino-Lorente, A. & Ávila C. (2004). *Como viver com uma criança hiperativa – comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Lisboa: Edições Asa.
- Polis, B. (2008). *Só o amor o pode salvar. A vida de um rapaz que cresceu e vive com hiperatividade*. Lisboa: Kapa Livros.
- Ponte, J. P. (1994). *O projeto minerva – introduzindo as NTI na educação em Portugal*. Lisboa: DEPGF.
- Porfírio, H. Fernandes, J. & Borges L. (1998). *A intervenção psicofarmacológica na perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Roberto, T. (2013). *Aprender para ajudar – PHDA*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção multimodal da perturbação de hiperatividade e défice de atenção. *Diversidades*, 6, 9-12.

Rodrigues, A. & Ribeiro M. (2008). *Hiperatividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das perceções dos professores do 1º ciclo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.

Rodrigues, D. (2000). O paradigma da educação inclusiva – reflexões sobre uma agenda possível. *Revista inclusão*, 1, 7-13.

Rodrigues, D. (2001). A educação e a diferença. In David R. (Org.), *Educação e diferença, valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (2003). *Perspetivas sobre a inclusão*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (2007). “Sopa de pedra” e educação inclusiva. In D. Rodrigues & B. Magalhães (Org.), *Aprender juntos para aprender melhor* (pp. 9-16). Lisboa: FMH, Fórum de Estudos de Educação Inclusiva.

Rodrigues, D. & Nogueira J. (2011). Educação especial e inclusiva em Portugal: factos e opções. *Revista Educação Especial*, 1, 3-20.

Salgueiro, E. (1996). *Crianças inquietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.

Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar e incluir. Da Investigação-ação à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142.

Santos, Paulo. (2012). *Hiperatividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo comparativo das perceções e impacto em professores do ensino básico*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Sauvé. C. (2006). *Domesticar a hiperatividade e o défice de atenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sciutto, M., Terjensen, M. & Frank, A. (2000). Teachers knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 2, 115-122.

Selikowitz, M. (2010). *Défice de atenção e hiperatividade*. Alfragide: Texto Editores.

Shelton, T. & Barkley, R. (1995). *The assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children*. London: Guilford Press.

- Smith, C. & Strick, L. (2001). *Dificuldades de aprendizagem de A a Z: um guia completo para pais e educadores*. São Paulo: Artmed.
- Sousa, B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sosin, David & Myra (1996). *Compreender a desordem por défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- Stainback, S. (1999). *Inclusão - um guia para educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Stake, R. E. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strubbs, S. (2008). *Educação inclusiva onde existem poucos recursos*. Oslo: Ingrid Lewis.
- Taylor, E. (1997). *El niño hiperactivo: una guía esencial para los padres para comprender y ayudar el niño hiperactivo*. Madrid: EDAF.
- Teixeira, M., Oliveira, S., Lima, S., Serpa, R. & Rios, V. (2015). *A criança hiperativa e o professor: um estudo sobre o trabalho docente nas séries iniciais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências de Educação – FACE, Brasília, Brasil.
- Tiba, I. (2002). *Quem ama educa*. São Paulo: Gente.
- Tuckman, B. (2002). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais*. Salamanca: UNESCO.
- Vala, J. & Monteiro, M. B. (2006). *Representações sociais e psicologia do conhecimento quotidiano*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vásquez, I. (1993). Hiperatividade: Avaliação e Tratamento. In R. Bautista (coord.), *Necessidades educativas especiais* (pp. 159-184). Almada: Dinalivro.
- Wilkinson, L. & Lagendijk, M. (2007). ADHD in The Classroom: Symptoms and Treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of attention hyperactivity disorder* (pp. 395-413). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wolfe, P. (2004). *Compreender o funcionamento do cérebro – e a sua importância no processo de aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: palnejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Web Grafia

Delors, J. et al. (1998). *Educação – um tesouro a descobrir: um relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. Retirado de: <http://ftp.infoeuropa.euroid.pt/database/000046001-000047000/000046258.pdf>.

Diário da República. (2010). *Despacho normativo n.º 6/2010*. Retirado de: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/02/035000000/0746207467.pdf>.

ONU. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos - adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da assembleia geral das nações unidas em 10 de dezembro de 1948*. Retirado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>

ONU. (1995). *Cimeira mundial para o desenvolvimento social*. Retirado de: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/international_dimension_and_enlargement/c11902_pt.htm.

Santos, J. (2008). *Necessidades educativas especiais: da identificação à intervenção*. Retirado de: <http://inclusaoaquilino.blogspot.pt/2008/07/necessidades-educativas-especiais-da.html>.

Simões, G. (2007). *Investigações – hiperatividade*. Retirado de: <http://gabrielsimoesflamenco.spaces.live.com>

Apêndice

1. Apêndice I – Inquérito por Questionário (Pré-teste)

Como percecionam os docentes do 1º ciclo a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

No âmbito do Mestrado de Necessidades Educativas Especiais do domínio Cognitivo e Motor, da responsabilidade do Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), de Lisboa, e sob a orientação do Professor Doutor Nuno Mateus, eu, Cláudia Susana Albino Alves Saraiva, venho por este meio solicitar que responda a um inquérito por questionário, subjacente à temática da perceção dos docentes do 1º Ciclo do EB sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

A informação recolhida, dos inquéritos por questionário, será sujeita a um tratamento estatístico, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade, quer da instituição, quer dos docentes.

Inquérito por Questionário

1. Género

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade

☐ Menos de 25 anos

☐ 26 a 35 anos

☐ 36 a 45 anos

☐ 46 a 55 anos

☐ 56 a 65 anos

☐ Mais de 66 anos

3. Habilitações literárias

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-Graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Outros: _____

4. Tempo de serviço:

- ☐ 0 a 10 anos
- ☐ 11 a 20 anos
- ☐ 21 a 30 anos
- ☐ Mais de 30 anos

5. Que ano(s) leciona? Se não lecionar nenhum ano, passe para a pergunta 7.

- ☐ 1º Ano
- ☐ 2º Ano
- ☐ 3º Ano
- ☐ 4º Ano

6. Quantos alunos tem a sua turma?

- ☐ Menos de 15
- ☐ 15 a 20
- ☐ 21 a 25
- ☐ 26 a 30

7. Para combater as dificuldades dos alunos tem vindo a obter algum tipo de apoio? Se responder negativamente passe para a pergunta 12.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Esse apoio foi prestado por um:

- ☐ Professor de Necessidades Educativas Especiais (NEE)
- ☐ Professor de Apoio Pedagógico
- ☐ Terapeuta da fala
- ☐ Psicólogo

9. Tem conhecimento sobre a problemática da PDHA? Se responder negativamente passe para a pergunta 11.

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Das seguintes características qual(quais) a leva(m) a pensar num diagnóstico de PHDA?

- ☐ Défice de Atenção
- ☐ Hiperatividade
- ☐ Impulsividade

11. Para si, a PHDA é uma NEE de carácter:

- ☐ Permanente
- ☐ Temporário

12. Tem alunos com PHDA? Se responder negativamente para a pergunta 15.

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Quantos alunos tem a sua turma, PHDA?

- ☐ 1 a 3
- ☐ 4 a 6
- ☐ 7 a 9

14. Quais são as áreas que esses alunos apresentam com maiores dificuldades?

- ☐ Atenção e concentração
- ☐ Comportamento
- ☐ Ensino-aprendizagem

15. Considera que tem formação suficiente para trabalhar com crianças de diagnóstico PHDA? Se responder negativamente passe para a pergunta 18.

☐ Sim

☐ Não

16. Que tipo de formação?

☐ Formação inicial

☐ Conferências/Debates

☐ Formações em PHDA

☐ Pós-Graduação em NEE

☐ Mestrado em NEE

17. Quais as dificuldades sentidas ao trabalhar com alunos de diagnóstico PHDA?

☐ Falta de conhecimentos da PHDA

☐ Preparação de estratégias variadas

☐ Falta de recursos

☐ Turmas numerosas

18. Quais as características relevantes numa criança com PHDA?

☐ Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas

☐ Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades

☐ Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra

☐ Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)

☐ Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas

☐ Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares)

☐ Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares

☐ Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes

☐ Esquece-se das atividades quotidianas

☐ Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado

☐ Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado

☐ Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado

- ☐ Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer
- ☐ Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”
- ☐ Fala excessivamente
- ☐ Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado
- ☐ Tem dificuldade em esperar a sua vez
- ☐ Interrompe ou interfere nas atividades dos outros

19. Que tipos de apoio estas crianças devem usufruir?

- ☐ Professor de NEE
- ☐ Psicólogo
- ☐ Programa Educativo Individual (PEI)
- ☐ Psicoterapeuta
- ☐ Tempo extra para realizar as tarefas

20. Quais as causas que podem resultar na PHDA?

- ☐ Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)
- ☐ Presença de corantes químicos na alimentação
- ☐ Fatores genéticos e neurológicos
- ☐ Ambiente familiar
- ☐ Fatores biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)

21. Que estratégias de intervenção utiliza, em contexto escolar, nas crianças com PHDA para melhorar o comportamento, a atenção e a concentração?

- ☐ Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios,...)
- ☐ Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)
- ☐ Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...)
- ☐ Time-out (tempo de afastamento da turma)
- ☐ Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor,...)
- ☐ Sugerir à criança que relate o que está a fazer
- ☐ Supervisão frequente do trabalho
- ☐ Biofeedback (dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz)
- ☐ Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno

- ☐ Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário
- ☐ Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala
- ☐ Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro)
- ☐ Reprimendas verbais
- ☐ Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados
- ☐ Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo
- ☐ Regulamento Disciplinar da Escola (Exemplo: normas de conduta, procedimentos disciplinares,...)
- ☐ Colocar lembretes na carteira do aluno (Exemplo: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno)
- ☐ Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno
- ☐ Ameaçar o aluno (exemplo: “se não começares a comportar-te bem saís da sala”)
- ☐ Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento
- ☐ Tarefas curtas, bem definidas e sequenciais

22. Quais as terapias que acha pertinente para os alunos com PHDA?

- ☐ Terapia familiar
- ☐ Colaboração encarregados de educação/escola
- ☐ Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula
- ☐ Apoio escolar/académico
- ☐ Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico
- ☐ Medicação
- ☐ Terapia com animais

23. Qual a sugestão que faz para melhorar este instrumento de recolha de dados?

A sua resposta foi registada. Obrigado pela sua colaboração.

2. Apêndice II – Inquérito por Questionário (Versão Final)

Como percecionam os docentes do 1º ciclo a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

No âmbito do Mestrado de Necessidades Educativas Especiais do domínio Cognitivo e Motor, da responsabilidade do Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), de Lisboa, e sob a orientação do Professor Doutor Nuno Mateus, eu, Cláudia Susana Albino Alves Saraiva, venho por este meio solicitar que responda a um inquérito por questionário, subjacente à temática da perceção dos docentes do 1º Ciclo do EB sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

A informação recolhida, dos inquéritos por questionário, será sujeita a um tratamento estatístico, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade, quer da instituição, quer dos docentes.

Inquérito por Questionário

1. Género

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade

☐ Menos de 25 anos

☐ 26 a 35 anos

☐ 36 a 45 anos

☐ 46 a 55 anos

☐ 56 a 65 anos

☐ Mais de 66 anos

3. Habilitações literárias

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Pós-Graduação

☐ Mestrado

- ☐ Doutoramento
☐ Outros: _____

4. Tempo de serviço:

- ☐ 0 a 10 anos
☐ 11 a 20 anos
☐ 21 a 30 anos
☐ Mais de 30 anos

5. Que ano(s) leciona? Se não lecionar nenhum ano, passe para a pergunta 7.

- ☐ 1º Ano
☐ 2º Ano
☐ 3º Ano
☐ 4º Ano

6. Quantos alunos tem a sua turma?

- ☐ Menos de 15
☐ 15 a 20
☐ 21 a 25
☐ 26 a 30

7. Para combater as dificuldades dos alunos tem vindo a obter algum tipo de apoio? Se responder negativamente passe para a pergunta 12.

- ☐ Sim
☐ Não

8. Esse apoio foi prestado por um:

- ☐ Professor de Necessidades Educativas Especiais (NEE)
☐ Professor de Apoio Pedagógico
☐ Terapeuta da fala
☐ Psicólogo

9. Tem conhecimento sobre a problemática da PDHA? Se responder negativamente passe para a pergunta 11.

☐ Sim

☐ Não

10. Das seguintes características qual(uais) a leva(m) a pensar num diagnóstico de PHDA?

☐ Défice de Atenção

☐ Hiperatividade

☐ Impulsividade

11. Para si, a PHDA é uma NEE de carácter:

☐ Permanente

☐ Temporário

12. Tem alunos com PHDA? Se responder negativamente para a pergunta 15.

☐ Sim

☐ Não

13. Quantos alunos tem a sua turma, PHDA?

☐ 1 a 3

☐ 4 a 6

☐ 7 a 9

14. Quais são as áreas que esses alunos apresentam com maiores dificuldades?

☐ Atenção e concentração

☐ Comportamento

☐ Ensino-aprendizagem

15. Considera que tem formação suficiente para trabalhar com crianças de diagnóstico PHDA? Se responder negativamente passe para a pergunta 18.

☐ Sim

☐ Não

16. Que tipo de formação?

- ☐ Formação inicial
- ☐ Conferências/Debates
- ☐ Formações em PHDA
- ☐ Pós-Graduação em NEE
- ☐ Mestrado em NEE

17. Quais as dificuldades sentidas ao trabalhar com alunos de diagnóstico PHDA?

- ☐ Falta de conhecimentos da PHDA
- ☐ Preparação de estratégias variadas
- ☐ Falta de recursos
- ☐ Turmas numerosas

18. Quais as características relevantes numa criança com PHDA?

- ☐ Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas
- ☐ Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades
- ☐ Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra
- ☐ Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)
- ☐ Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas
- ☐ Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares)
- ☐ Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares
- ☐ Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes
- ☐ Esquece-se das atividades quotidianas
- ☐ Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado
- ☐ Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado
- ☐ Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado
- ☐ Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer
- ☐ Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”
- ☐ Fala excessivamente
- ☐ Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado
- ☐ Tem dificuldade em esperar a sua vez

☐ Interrompe ou interfere nas atividades dos outros

19. Que tipos de apoio estas crianças devem usufruir?

☐ Professor de NEE

☐ Psicólogo

☐ Programa Educativo Individual (PEI)

☐ Psicoterapeuta

☐ Tempo extra para realizar as tarefas

20. Quais as causas que podem resultar na PHDA?

☐ Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)

☐ Presença de corantes químicos na alimentação

☐ Fatores genéticos e neurológicos

☐ Ambiente familiar

☐ Fatores biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)

21. Que estratégias de intervenção utiliza, em contexto escolar, nas crianças com PHDA para melhorar o comportamento, a atenção e a concentração?

☐ Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios,...)

☐ Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)

☐ Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...)

☐ Time-out (tempo de afastamento da turma)

☐ Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor,...)

☐ Sugerir à criança que relate o que está a fazer

☐ Supervisão frequente do trabalho

☐ Biofeedback (dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz)

☐ Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno

☐ Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário

☐ Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala

☐ Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro)

- ☐ Reprimendas verbais
- ☐ Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados
- ☐ Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo
- ☐ Regulamento Disciplinar da Escola (Exemplo: normas de conduta, procedimentos disciplinares,...)
- ☐ Colocar lembretes na carteira do aluno (Exemplo: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno)
- ☐ Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno
- ☐ Ameaçar o aluno (exemplo: “se não começares a comportar-te bem saís da sala”)
- ☐ Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento
- ☐ Tarefas curtas, bem definidas e sequenciais

22. Quais as terapias que acha pertinente para os alunos com PHDA?

- ☐ Terapia familiar
- ☐ Colaboração encarregados de educação/escola
- ☐ Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula
- ☐ Apoio escolar/académico
- ☐ Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico
- ☐ Medicação
- ☐ Terapia com animais

23. Se teve algum aluno com PHDA, explique a sua forma de intervenção com ele.

A sua resposta foi registada. Obrigado pela sua colaboração.