

# **Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção:**

Conhecimentos e estratégias pedagógicas dos  
docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

---

**Rita Teodoro Valido**

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar  
e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico

Lisboa, novembro de 2016

---

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico

**PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO:**

Conhecimentos e estratégias pedagógicas dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

---

Autora: Rita Teodoro Valido

Orientadora: Ana Cristina Freitas

Lisboa, novembro de 2016

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todas as crianças e jovens com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, pois são elas que necessitam de uma atenção e aprendizagem especial para poderem enfrentar a vida com equilíbrio, paz e sucesso.

*Cada um de nós, enquanto cidadão, tem um papel a desempenhar na criação de um mundo melhor para as nossas crianças (Nelson Mandela, 2012).*

## **Agradecimentos**

O presente trabalho não seria possível concretizar sem a colaboração de outras pessoas. Como tal, manifesto a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta, para a concretização deste desafio.

À Professora Ana Cristina Freitas, a minha orientadora de tese, o meu agradecimento pelos seus conhecimentos científicos, pela confiança, pela disponibilidade, pela prontidão e pela orientação que me foi dando ao longo da investigação.

Um agradecimento especial ao meu pai, à minha mãe e à minha tia Paula Valido que me transmitiram todos os valores que prezo, que me ensinaram a tornar possível o que parece impossível, que me protegeram e apoiaram nas diferentes fases da vida, transmitindo-me calma, confiança e orgulho.

À minha grande amiga e companheira de tantas horas de trabalho Daniela Ferreira pela disponibilidade prestada, pelas gargalhadas e pelas lágrimas partilhadas a qualquer hora e em qualquer lugar. Obrigada pela amizade, carinho e compreensão com que sempre pude contar.

Quero também deixar umas palavras de gratidão ao Pedro Coelho. Um professor e amigo que me transmitiu e transmite muitos ensinamentos, mas também um grande líder que de acordo com a sua ideologia “fez dos meus sonhos os meus objetivos”.

Aos amigos e docentes pelo companheirismo e cooperação para a elaboração deste trabalho, bem como, a todas as escolas que participaram neste estudo, em particular aos professores titulares, agradeço a possibilidade que me deram para aplicar os questionários. Sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.

A minha profunda gratidão a todos aqueles que entraram na minha vida, que com o seu apoio e colaboração me têm ajudado na minha vida pessoal, profissional e de estudante.

## Resumo

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) tem um impacto significativo nas crianças em termos sociais, emocionais e académicos (Blotnicky-Gallant, Martin, McGonnell & Corkum, 2014). Os professores desempenham um papel decisivo na promoção de qualidade de todo o processo de ensino-aprendizagem. Como tal, têm especiais responsabilidades no sucesso de integração/inclusão escolar das crianças com PHDA (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

O presente estudo teve como finalidade identificar os conhecimentos dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB) bem como as práticas pedagógicas (gestão de comportamento e estratégias de ensino-aprendizagem) adotadas em situação de PHDA. Estudos prévios (e.g. Scituito, Terjesen & Frank, 2000) sugerem que os docentes têm um baixo conhecimento sobre a PHDA, muito embora se estime que 5% das crianças em idade escolar a possuam (Barkley, 1998; DuPaul & Stoner, 2003; Lorente & Ávila, 2004). A literatura indica ainda que as práticas pedagógicas são especialmente influenciadas pela exposição com crianças com PHDA, ou seja, o contacto dos docentes com crianças com a perturbação e tempo de serviço dos mesmos (Scituito et al., 2000 & Blotnicky-Gallant et al., 2015).

O estudo analisou uma amostra (N=302) de docentes do 1.º CEB de escolas públicas e privadas da região de Lisboa, com recurso a dois instrumentos: uma versão do *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)* de Scituito, Terjesen e Frank (2000) e uma versão do *Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)*, de Martinussen, Tannock e Chaban (2011).

Os resultados indicam que os professores têm um baixo conhecimento geral (46,9%) sobre a problemática, embora superior no que toca aos conhecimentos sobre Sintomas/Diagnóstico e Tratamento. Quanto às práticas reportou-se uma utilização frequente de estratégias recomendadas para a gestão de comportamento e para as estratégias de ensino-aprendizagem.

## Palavras-chave

PHDA, Professor, Formação, Conhecimentos, Estratégias, *KADDS*, *IBMAS*.

## **Abstract**

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) has a significant impact on children's social, emotional and academic performance (Blotnicky-Gallant, Martin, McGonnell & Corkum, 2014). Teachers play a key role promoting the quality of the global teaching-learning process. Therefore they have special responsibilities on a successful integration of children with ADHD (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

The aim of the present study was to identify the knowledge of teacher's elementary school, as well as the pedagogic practices (managing behaviour and strategies of teaching) adopted in situations of ADHD: early studies (e.g. Scitutto, Terjesen & Frank, 2000) suggest that teachers have little knowledge of ADHD, although 5% of children of learning age have it (Barkley, 1998; DuPaul & Stoner, 2003; Lorente & Ávila, 2004). All that written indicates that pedagogic practices are specially influenced by their exposure to children with ADHD, meaning, the contact of teachers with these children and the time spent with them (Scitutto et al., 2000 & Blotnicky-Gallant et al., 2015).

This study analysed a sample (N=302) teacher's elementary school of public and private schools in the area of Lisbon, using 2 tools: one version of *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)* de Scitutto, Terjesen e Frank (2000) and a version of *Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)*, de Martinussen, Tannock e Chaban (2011).

Results show that teachers have a low overall knowledge (46,9%) about this issue, although bigger when related to the knowledge of symptoms/diagnose and treatment. Regarding the practices it was observed a frequent utilization of strategies recommended to behaviour management e teaching techniques.

## **Palavras-chave**

ADHD, Teacher, Training, Knowledge, Strategies, *KADDS*, *IBMAS*.

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

- APA - Associação Americana de Psiquiatria.
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais.
- IBMAS - Instructional and Behavior Management Approaches Survey.
- KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale
- PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.
- 1.º CEB - 1.º Ciclo do Ensino Básico

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 - Enquadramento Teórico .....</b>	<b>13</b>
1.1 - PHDA: conceito e evolução.....	13
1.2 - Características comportamentais .....	18
1.3 - Diagnóstico .....	21
1.4 - Prevalência.....	22
1.5 - Comorbilidades .....	23
1.6 - Intervenção.....	28
1.7 - A ação da escola e dos docentes .....	30
<b>Capítulo 2 - Problematização e Metodologia .....</b>	<b>34</b>
2.1 - Problema de investigação, objetivos e hipóteses .....	34
2.2 - Abordagem adotada e <i>design</i> do estudo .....	37
2.3 - Contexto de realização do estudo e participantes .....	38
2.4 - Recolha de dados .....	39
2.4.1 - Os instrumentos .....	40
2.4.2 - Procedimentos .....	42
2.5 - Tratamento e análise de dados .....	43
2.6 - Apresentação e discussão de resultados.....	43
2.7 - Limitações do estudo .....	54
2.8 - Conclusão e linhas para futuras investigações.....	56
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>58</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>66</b>
Anexo 1 – Resultados dos testes One Way-ANOVA (outputs do IBM SPSS .....	66
Anexo 2 – Inquérito por questionário .....	82

Anexo 3 – Respostas ao questionário..... 83

## Índice de tabelas

- Tabela 1 - Descrição da amostra pela idade e tempo de serviço (anos)
- Tabela 2 - Estrutura da escala *KADDS* (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000).
- Tabela 3 - Estrutura da escala *IBMAS* (Martinussen, Tannock & Chaban, 2011).
- Tabela 4 - Medidas Descritivas *KADDS*
- Tabela 5 - Medidas Descritivas *IBMAS*
- Tabela 6 - As 5 respostas Corretas mais frequentes
- Tabela 7 - As 5 respostas Incorretas mais frequentes
- Tabela 8 - As 5 respostas “Não Sei” mais frequentes
- Tabela 9 - As 5 estratégias utilizadas referidas como “sempre”
- Tabela 10 - As 5 estratégias utilizadas referidas como “nunca”
- Tabela 11 - Correlações entre subescalas da *KADDS* com as subescalas da *IBMAS*

## **Introdução**

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações mais comuns nas crianças em idade escolar sendo que a sua taxa de incidência é de 5% (Lorente & Ávila, 2004), afetando 3 vezes mais o sexo masculino em comparação com o sexo feminino (Barkley, 1998; DuPaul & Stoner, 2003).

Em termos práticos e segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014) as crianças com esta perturbação manifestam diariamente padrões comportamentais, onde a sua atividade motora é excessiva e desajustada. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no mesmo lugar, que se agitam constantemente, que mantêm um relacionamento difícil com os pares, não focalizam a atenção e respondem de forma precipitada, entre outras coisas. Importa salientar que estas manifestações não devem ser confundidas com má educação ou faltas de comportamento ocasionais.

Sendo a PHDA um dos distúrbios comportamentais mais prevalentes, que afeta as crianças no seu contexto académico e no relacionamento com os seus pares e professores é importante realçar, que uma peça essencial para o sucesso educativo destes discentes são os seus professores (Barkley, 1998). Estes representam os seus alunos de acordo com crenças estabelecidas que poderão influenciar o desenvolvimento do aluno.

Como é referido por Sciutto, Terjesen e Frank (2000) os professores nem sempre conhecem os problemas inerentes a esta perturbação, podendo mesmo existir conceções erradas sobre a mesma. Como tal, com este estudo pretende-se analisar o conhecimento, as perceções e estratégias dos professores titulares do 1.º ciclo do ensino básico sobre a PHDA, na zona da Grande Lisboa. Resolvemos dar seguimento às investigações de Sciutto et al. (2000) e Martinussen, Tannock e Chaban (2011).

Com base numa revisão literária sobre os aspetos anunciados, dividimos este trabalho em duas partes. Num primeiro momento apresentamos a delimitação do conceito de PHDA, salientado a sua etiologia, características, bem como o seu diagnóstico. De seguida, serão abordadas as áreas de funcionamento da perturbação e os principais problemas que lhe estão associados, realçando os que afetam o seu

comportamento, desempenho académico e relações sociais. Na continuação deste trabalho, apresentamos as implicações da PHDA no contexto escolar, considerando os aspetos referentes à intervenção, tanto farmacológica como cognitivo-comportamental. Fazendo uma referência ao suporte conceptual que os docentes e a escola podem fazer.

Feito o enquadramento teórico, apresentamos a segunda parte que comporta o estudo empírico. São clarificados aspetos relativos à nossa investigação, com início da formulação do problema, continuando com a apresentação da metodologia, realçando os objetivos do estudo, a seleção da amostra e a sua respetiva caracterização. Os instrumentos do estudo, a recolha de dados bem como o tratamento de dados, são seguidamente analisados.

Por último serão apresentados os dados recolhidos, a discussão de resultados e apresentadas as limitações que tivemos no decorrer do estudo.

## Capítulo 1 - **Enquadramento Teórico**

### **1.1 - PHDA: conceito e evolução**

A definição e designação da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) tem variado ao longo do tempo de acordo com os especialistas. Nesta secção do trabalho damos conta da definição da perturbação bem como da sua perspectiva histórica.

#### *Conceito e evolução histórica*

Na base da abordagem desta perturbação existem duas definições: para uns especialistas a PHDA é analisada como um transtorno, uma diminuição ou até uma ausência do desenvolvimento do autocontrolo (Falardeua 1999; Barkley 2002; Antunes 2009). Numa outra perspectiva, a perturbação é considerada um distúrbio neurológico devido ao desenvolvimento inapropriado do sistema nervoso central que nem sempre progride de uma forma favorável, prejudicando o indivíduo no seu quotidiano (Schweizer & Prekop 1997; Nielsen 1999; Garcia 2001; Parker 2003; Lorente & Ávila 2004; Paasche, Gorril & Strom 2010). Apesar das diferentes perspectivas apresentadas, os autores afirmam que este distúrbio coloca em evidência a agitação motora (hiperatividade), a dificuldade da seleção de estímulos relevantes, problemas de atenção e incapacidade de controlar a impulsividade (Falardeua 1999; Nielsen 1999; Garcia 2001; Barkley, 2002; Lorente & Ávila 2004; Antunes 2009; Paasche et al. 2010).

As primeiras alusões sobre PHDA remontam à segunda metade do século XIX e desde então as perspectivas têm vindo a sofrer alterações. Na base destas alterações residem dois modelos explicativos: o primeiro, de origem Americana, preceitua um diagnóstico formal e criterioso desta perturbação e deriva da área da Neuropsicologia; o segundo modelo, de origem Francesa, enquadra a PHDA nos Distúrbios Psicomotores e Desarmonias Evolutivas, definindo-a como Instabilidade Psicomotora. Esta segunda abordagem deriva da área da Psiquiatria (Encarnação, 2006; Rodrigues, 2006)

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) é o manual de instruções das disfunções comportamentais onde estão registadas as definições e critérios obtidos pelos psiquiatras americanos. A nossa revisão literária baseia-se no modelo americano, visto que, o DSM é o manual com mais utilização na literatura anglo-saxónica (Rodrigues, 2006; Antunes, 2009).

No início do século XX, os americanos começaram a demonstrar interesse pela perturbação, na sequência de um surto de encefalite. As crianças sobreviventes à inflamação mais tarde manifestaram sequelas cognitivas e comportamentais como, por exemplo, atividade excessiva, défice de atenção e impulsividade. O conjunto de novos sintomas deu origem ao termo Síndrome de Lesão Cerebral Mínima. No entanto, o conceito suscitou alguma polémica, pois verificou-se que nem sempre existia uma lesão cerebral, como tal, o conceito foi reformulado para Disfunção Cerebral Mínima (Bréjard & Bonnet, 2008; Simão, 2013).

Em 1968 aparece pela primeira vez a definição da perturbação na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Foi denominada como Reação Hiperkinética da Infância (*Hyperkinetic reaction of childhood*) caracterizada pela hiperatividade, inquietação, distração e défice de atenção, especialmente em crianças pequenas (APA, 1968).

A partir da década de 70, a hiperatividade deixa de ser o fator predominante na perturbação, sendo dada ênfase aos problemas de atenção. Desta forma a designação é alterada para Transtorno de Défice de Atenção (*Attention Deficit Disorder*) que por sua vez é subdividido por Transtorno de Défice de Atenção Com Hiperatividade e Transtorno de Défice de Atenção sem Hiperatividade (APA, 1980).

Em 1987 a Associação Americana de Psiquiatria (APA) revê o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e a denominação desta perturbação é mais uma vez alterada, passando a designar-se por Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção. A perturbação deixa de ser subdividida em dois subtipos, apresentando uma única lista de sintomas, no entanto reconhece-se que a problemática está associada tanto a problemas de desatenção como de inquietação (Lopes, 2004; Baptista 2010).

A década que se seguiu foi delineada por notáveis desenvolvimentos, como o aumento de pesquisas sobre a base biológica e genética da PHDA. Tais desenvolvimentos permitiram relacionar a base desta perturbação com fatores genéticos e neurológicos e não tanto com fatores sociais e ambientais como se pautava anteriormente. Desta forma, reconheceu-se que um défice na inibição comportamental poderia ser uma característica da PHDA (Barkley, 2006).

Em 1994 a APA apelida esta perturbação como Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e realça duas características essenciais deste distúrbio: um padrão persistente de desatenção e um padrão persistente de hiperatividade – impulsividade. Desta forma a perturbação, pela primeira vez, é classificada por 3 subtipos:

1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção de Tipo Misto;
2. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção de Tipo Predominantemente Desatento;
3. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção de Tipo Hiperatividade – Impulsividade Predominante.

Para os critérios de diagnóstico o DSM apresenta uma lista de 17 sintomas que, consoante a sua associação, permitem caracterizar os 3 subtipos da perturbação. Porém, para que fossem considerados sintomas tinham que persistir durante 6 meses, afetar a criança em 2 tipos de ambientes diferentes (por exemplo, escola e casa) antes dos 7 anos de idade e ter impacto na sua adaptação social e escolar.

O DSM-IV passa a considerar a necessidade do despiste desta perturbação, atender aos vários contextos de vida da criança com especial atenção para o contexto escolar, nomeadamente para a sala de aula. Neste sentido, atribui um papel especial aos professores, como observadores privilegiados da manifestação sintomatológica da PHDA (Lopes, 2004). Em 2002 o DSM-IV é revisto (DSM-IV-TR) e nesta nova edição, o distúrbio é designado como Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e engloba os 3 subtipos da versão anterior.

Atualmente a Associação Americana de Psiquiatria define a PHDA no DSM – V, como uma perturbação neurodesenvolvimental que se caracteriza por um padrão persistente de défice de atenção e/ou hiperatividade – impulsividade, com uma

intensidade mais frequente, do que o observado nas crianças com um nível de desenvolvimento idêntico (APA, 2014).

### *Etiologia*

A perturbação tem sido alvo de muitas teorias sobre a sua origem, umas aceites, outras rejeitadas. Todavia, existe uma certeza: não há uma única causa aparente para o distúrbio e as suas causas não são totalmente conhecidas.

A PHDA é um distúrbio neurocomportamental de causa multifatorial, que resulta de uma interação entre fatores hereditários, neurobiológicos e ambientais. As razões concretas da perturbação ainda não foram estabelecidas com precisão. No entanto, acredita-se que fatores internos do próprio indivíduo são a sua causa. Quer isto dizer que estas crianças não são o resultado de má educação, nem de falta de disciplina mas sim de fatores biológicos, psicológicos e ambientais sobre os quais nem elas nem os pais têm qualquer controlo (Garcia, 2001; Lopes, 2004; Kos, 2004; Conners, 2009; Antunes, 2009; Neto et al. 2014).

### *Fatores genéticos e fatores pré e pós-natais*

Alguns estudos demonstraram que mais de 95% dos casos de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção são hereditários, sendo que 35% dos pais e 17% das mães de crianças com esta perturbação também têm PHDA. A restante percentagem é atribuída a outros familiares. O risco entre irmãos é de 30 a 40% e em gémeos monozigóticos o risco é de 90% (Fallardeau, 1999; Neto et al. 2014).

Vários estudos revelam que os consumos de álcool e tabaco durante a gravidez por parte das mães das crianças com esta perturbação são bastante superiores aos níveis de consumo de mães de crianças sem a perturbação (Lopes, 2004). De acordo com Neto (2014), “as infeções do sistema nervoso central e os traumatismos cranianos graves, responsáveis por mudanças estruturais e funcionais do cérebro” (p. 28), são fatores pós-natais que podem condicionar o funcionamento da criança.

*Fatores neurobiológicos*

Vários autores têm afirmado ao longo dos tempos que as crianças com o distúrbio fruem de diferenças estruturais no cérebro. Estudos realizados com ressonância magnética (RM) demonstram que “os rapazes sem PHDA apresentam uma assimetria dos núcleos caudados, sendo o lado direito maior do que o lado esquerdo, enquanto nas crianças com PHDA essa assimetria não se verifica” (Neto et al., 2014, p. 26). Verificam-se ainda outras alterações como “menor volume cerebral e do cerebelo, menor dimensão de certas partes do corpo caloso e um aumento do volume da substância cinzenta no córtex temporal posterior e parietal inferior” (Neto et al., 2014, p.26). Com estes e outros estudos foi possível verificar que as crianças com esta perturbação têm uma redução da atividade cerebral global, embora seja mais visível ao nível dos gânglios da base e do lobo frontal anterior. Todavia, para Parker (2003), as crianças com esta perturbação apresentam “disfunções em regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção, ao estado de vigília e à atividade” (p. 13). O autor explica que neurotransmissores como a dopamina, a noradrenalina e a serotonina são responsáveis pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição. Concentrações inferiores destes neurotransmissores podem ter efeitos disruptivos a nível emocional e comportamental e provocam uma “deficiente ativação do córtex pré – frontal que controla a atenção, organização, planeamento, motivação, cognição e atividade motora, resultando em défice na atenção, na inibição dos impulsos e nas funções executivas” (Neto et al., 2014, p. 27).

*Fatores ambientais e familiares.*

Existem alguns estudos (Garcia, 2001) que mencionam que o tipo de alimentação pode estar relacionado com a prevalência da PHDA, devido aos tipos de açúcar, corantes e conservantes. No entanto, esta conjectura foi testada e confirmou-se ser um falso juízo, ou seja, os sintomas da perturbação não são causados ou modificados por mudanças alimentares (Sciutto et al. 2000).

“Os ácidos gordos que incluem ómega 3 e ómega 6, são essenciais para o normal desenvolvimento e funcionamento das membranas neuronais” e alguns trabalhos comprovam que as crianças com PHDA apresentam níveis baixos de ácidos gordos (Neto et al., 2014, p.28). A presença de chumbo em crianças muito pequenas também

parece aumentar o risco de aparecimento de sintomas de hiperatividade (Barkley, 2000, citado por Lopes, 2004).

Para além dos fatores ambientais referidos, o ambiente familiar também pode aumentar os problemas comportamentais e emocionais. A atitude dos pais não influencia a génese da PHDA. Contudo, ambientes familiares pouco estruturados, conflituosos, de baixo nível socioeconómico e até mesmo perturbações psiquiátricas, aumentam os problemas familiares o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de instabilidade emocional da criança, gerando problemas comportamentais (Falardeau, 1999; Neto et al., 2014). Porém, existem crianças provenientes de famílias disfuncionais que não são portadoras de sintomas deste distúrbio, bem como crianças com PHDA que não provêm de famílias desfavorecidas ou disfuncionais.

## **1.2 - Características comportamentais**

Neste ponto de trabalho identificamos as características essenciais da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade e manifestam-se de forma inapropriada e excessiva para a idade e nível de desenvolvimento da criança (Barkley, 2002; Lopes, 2004; APA, 2014)

### *Desatenção*

A desatenção manifesta-se pela desorganização, dificuldade em manter e focar a atenção, distração em tarefas repetitivas e monótonas, pelo maior número de erros que cometem comparativamente com as crianças sem este distúrbio, pela falta de persistência e divagação nas tarefas. Como consequência, o desempenho académico destes alunos é baixo, porém, as dificuldades comportamentais observadas em crianças com PHDA podem ser reduzidas quando tarefas novas e interessantes são apresentadas, especialmente quando a tarefa é fácil ou repetitiva e quando as tarefas são apresentadas à criança a um nível que possa compreender (Fonseca, 1998, Kos, 2004; APA, 2014).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014), os sintomas da PHDA são frequentes manifestações dos seguintes comportamentos:

- a) Falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido.
- b) Dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades.
- c) Parece não ouvir quando lhe falam diretamente.
- d) Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.
- e) Dificuldades em organizar tarefas e atividades.
- f) Evita tarefas que requeiram muito esforço mental.
- g) Perde objetos necessários para tarefas e/ou atividades.
- h) Distrai-se facilmente com estímulos externos.
- i) Esquece-se das atividades quotidianas.

### *Hiperatividade e Impulsividade*

A impulsividade está relacionada com a hiperatividade, embora sejam sintomas independentes um do outro. Todavia, as crianças não podem ser diagnosticadas apenas como hiperativas. O diagnóstico deve ser em conjunto: hiperatividade e impulsividade (Kos, 2004).

A hiperatividade é a atividade motora excessiva, agitação e/ou inquietação em momentos inapropriados. Esta torna-se mais evidente quando as crianças estão na fase do pré-escolar ou escolar, pois os sintomas relacionados com a perturbação podem ser vistos como comportamentos imaturos que são facilmente confundidos com os comportamentos das crianças até aos 3 anos de idade (Barkley, 1998; Schweizer & Prekop, 2001, APA, 2014).

A impulsividade é a incapacidade de conter impulsos, o que faz com que a criança tenha ações precipitadas sem premeditação e que têm um elevado potencial de prejudicar o indivíduo. Esta aliada aos problemas de atenção, acarreta várias limitações no dia-a-dia de quem tem PHDA. Para uma criança em idade escolar significa, na maioria das vezes, o início de um processo de insucessos e falhanços que é muitas vezes o ponto de partida para o despiste desta perturbação (Rodrigues, 2005; APA, 2014).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014), os sintomas da PHDA são frequentes manifestações dos seguintes comportamentos:

- a) Não conseguem estar quietas quando estão sentados.
- b) Levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado.
- c) Corre ou salta em situações inadequadas.
- d) Incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer.
- e) Está sempre em movimento.
- f) Fala em excesso.
- g) Precipita as respostas antes de terminarem as perguntas.
- h) Dificuldade em esperar pela sua vez.
- i) Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.

### *Subtipos*

Embora muitas crianças acusem sintomas tanto de falta de atenção como de hiperatividade - impulsividade, existem sujeitos nos quais um desses padrões é mais predominante. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014) existem três subtipos relativos à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção:

1. Apresentação combinada.

É necessário apresentar sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade durante os últimos 6 meses.

2. Apresentação predominantemente de desatenção.

Deverá manifestar-se sintomas de desatenção mas não de hiperatividade-impulsividade, durante os últimos 6 meses.

3. Apresentação predominantemente de hiperatividade – impulsividade.

Nos últimos 6 meses é necessários apresentar sintomas de hiperatividade-impulsividade mas não apresentar sintomas de desatenção.

Atualmente é também necessário especificar-se se o indivíduo está em “remissão parcial”, ou seja, quando os critérios foram preenchidos previamente, mas nos últimos 6

meses os critérios não foram completamente preenchidos e os sintomas ainda resultam num défice do funcionamento social, académico ou ocupacional.

Associado ao subtipo pode ainda estar associada uma diferente gravidade: “ligeira”, “moderada” ou “grave”. No primeiro caso estão presentes poucos sintomas, em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico. Para que a PHDA seja considerada de gravidade moderada, é necessário estarem presentes sintomas entre “ligeiro” e “grave”. Numa PHDA “grave” estão presentes muitos sintomas ou vários sintomas que são particularmente intensos ou que resultam num défice marcado do funcionamento social ou ocupacional (APA, 2014).

### **1.3 - Diagnóstico**

No diagnóstico deve-se procurar saber se a criança hiperativa não teve, durante a infância, um comportamento extravagante, estranho ou pouco usual. Os comportamentos que manifesta são desestabilizadores apenas pela frequência, pela sua excessiva intensidade e pela inoportunidade com que acontecem. Além disso, estas crianças têm mais dificuldade em controlar a sua conduta quando estão com outras crianças do que quando estão sozinhas, pela sua dificuldade em manter a atenção e pela facilidade com que se distraem. Quando está sozinha, a criança converte-se, involuntariamente, no centro das atenções, sendo-lhe mais fácil estar motivada para estar atenta (Lorente & Ávila, 2004).

Não é muito fácil diagnosticar a PHDA. Pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014) confirma-se que os sintomas descritos anteriormente serão discriminadores do défice se obedecerem aos seguintes critérios:

1. Devem estar presentes 6 ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade.
2. Os sintomas têm de persistir durante 6 meses, causando um impacto negativo nas atividades sociais e académicas.
3. Os sintomas devem existir na vida da criança antes dos 12 anos de idade.

4. Os critérios de diagnóstico têm que ser manifestados em 2 ou mais contextos.
5. É necessário provar que os sintomas interferem com a qualidade da vida social, académica ou ocupacional.
6. Os sintomas não ocorrem só durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação mental.

Como Parker (2003) salienta, o psicólogo clínico ou psicólogo escolar estão aptos a aplicar e interpretar testes psicológicos e educacionais que podem fornecer informações importantes sobre “o funcionamento intelectual da criança, das suas competências de raciocínio, do uso da linguagem, do desenvolvimento perceptivo, da impulsividade, do âmbito de atenção e funcionamento emocional” (p. 16). Alguns dos testes computadorizados de desempenho contínuo mais populares são: “Sistema de diagnóstico de Gordon”, “Testes de Variáveis de Atenção (TVA)”, “Teste de Desempenho Contínuo de Conners” e “Teste de Desempenho Contínuo Integrado Visual e Auditivo (IVA)” (p. 16).

Além dos testes realizados à criança, os profissionais de saúde podem também recolher informações através de entrevistas com a criança, com os pais e professores. Há escalas de avaliação comportamental sobre a criança no seu ambiente natural e na escola que fornecem informações quantificáveis e descritivas, proporcionando assim um meio de comparação com crianças da mesma idade e do mesmo sexo (Parker, 2003). A maioria das escalas utilizadas fornece resultados estandardizados sobre um certo número de fatores, estando estes relacionados com a “atenção, autocontrolo, capacidade de aprendizagem, hiperactividade, agressividade, comportamento social, ansiedade, etc” (Idem, p. 17).

## **1.4 - Prevalência**

Bréjard e Bonnet (2006) salientam a existência de dificuldades a nível metodológico em relação aos critérios e processo de diagnóstico, bem como à idade, sexo e meio sociocultural dos indivíduos.

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é uma das perturbações mais comuns nas crianças em idade escolar sendo a taxa de incidência na ordem dos 5% nas crianças e 2,5% nos adultos (Lorente & Ávila, 2004; Neto, 2010; APA, 2014).

Moura (2008) refere que relativamente às diferenças de género, a PHDA é mais predominante nos rapazes do que nas raparigas, sendo que a percentagem de rapazes comparando com a percentagem das raparigas oscila entre 3/1 e 9/1. Neto (2010), defende que as raparigas exibem menos distúrbios de aprendizagem e menos problemas na escola, pois os rapazes apresentam mais problemas de conduta, comportamentos desafiadores e agressividade.

## **1.5 - Comorbilidades**

O termo comorbilidades designa a presença conjunta de sintomas de vários quadros clínicos que representam várias perturbações mentais. Trata-se da associação de várias perturbações identificadas, inclusive com a PHDA (Bréjard e Bonnet, 2008).

Considera-se existirem cinco categorias de sintomas secundários: problemas cognitivos, problemas académicos, problemas emocionais, problemas sociais e problemas físicos, apesar deste último ainda não estar comprovado (Fonseca, Ulenberg & Pinto, 2007).

### *Perturbações cognitivas e comportamentais*

Cerca de 25% das crianças demonstram dificuldades de aprendizagem. As crianças podem apresentar problemas centrados nas competências de leitura (Dislexia), de ortografia (Disortografia) e de aritmética (Discalculia); baixa tolerância à frustração, agressão a outras crianças, falhas no sentido de conveniência social, pois são autoritárias, egoístas e imaturas. Em consequência, apresentam perturbações de ordem social: Perturbação de Oposição e Desafiante, Perturbação da Conduta, Perturbação do Comportamento, Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo, Perturbação Explosiva Intermitente, Perturbação Obsessivo – Compulsivo, Síndrome de Tourette, Perturbação Depressiva, Perturbação de Ansiedade, Espetro do Autismo (Parker, 2003; Antunes, 2009, APA, 2014).

*Problemas académicos*

Apesar da capacidade intelectual das crianças com PHDA estar dentro do esperado ou até mesmo acima da média, existe um número significativo de crianças com dificuldades de aprendizagem. As dificuldades mais evidentes nas crianças com a perturbação, em idade escolar, são nas áreas em que é necessário desenvolver estratégias de resolução de problemas, método, planeamento e organização do trabalho, sendo estas dificuldades provenientes de um esforço insuficiente para a realização da tarefa. As crianças com PHDA demonstram dificuldades na leitura, na escrita e no cálculo mental pois são formas de processamento que requerem muita atenção. Sendo a leitura e a escrita precedida de processamentos visuais dos sinais gráficos, implica uma atenção acrescida que estas crianças não têm, afetando assim a interpretação e a compreensão dos textos. Em relação à aprendizagem da matemática, as crianças apresentam dificuldades acrescidas ao nível do raciocínio abstrato e capacidade de resolução de problemas, o que afeta negativamente os processos inerentes ao cálculo mental (Lopes, 2004; APA, 2014; Neto, 2014).

Estima-se que a taxa de incidência seja de 2% a 5%, sendo superior entre as crianças que sofrem de PHDA, ou seja, estas perturbações afetam 66% das crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (Bréjard & Bonnet, 2008).

O funcionamento cognitivo ou neuropsicológico do cérebro das crianças com PHDA é afetado nas áreas das funções da memória de trabalho, velocidade de processamento de informação e funções executivas. As crianças com este distúrbio apresentam um rendimento escolar baixo que pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais. Autores como Lorente e Ávila (2004) e Barkley (2008) salientam que as crianças com PHDA manifestam um desempenho inferior em relação aos seus colegas e por isso obtêm classificações mais baixas nos testes escolares. A diferença da classificação varia entre 10 a 30 pontos. Os seus comportamentos geram dificuldade na capacidade da criança de obter competências escolares e conhecimentos de uma forma mais consistente, devido à desatenção, impulsividade e hiperatividade. Deste modo, os alunos com PHDA apresentam uma taxa mais baixa de comportamentos dedicados a tarefas, tomando decisões muito rápidas e pouco trabalhosas, o que leva a uma diminuição da *performance* nas tarefas (Chaves, 1999; Brown, 2000; Lopes, 2004; Costa, Heleno & Pinhal, 2010).

Além da inteligência para se obter boas classificações e rendimentos escolares, são necessárias outras características que estas crianças não detêm, que é a concentração, a tolerância, a paciência, a aceitação dos seus erros e a correção dos mesmos.

Os sintomas geram dificuldades de aprendizagem, dificuldades no cumprimento de regras, na quietude e autocontrolo. Tudo isto faz com que o aluno tenha dificuldades em gerir as suas funções e obrigações. Desta forma, é criada uma barreira para a gestão de atividades e aprendizagem de novos conhecimentos.

### *Problemas sociais*

Os problemas académicos e intelectuais foram realçados anteriormente, no entanto, as dificuldades escolares geram também outras questões como o relacionamento social, a perceção social, a autoimagem e a integração social. A literatura realça a área escolar como aquela onde os problemas manifestados são mais visíveis, pois as crianças com esta problemática apresentam um comportamento social turbulento em relação aos colegas, uma vez que o seu desempenho social se encontra perturbado pelos seus comportamentos impulsivos e desatentos. Os défices de desempenho social mais comuns são as atividades de grupo, sem respeito pelas regras instruídas; a falta de atenção à conversação dos colegas, interrompendo-os constantemente; a utilização de soluções agressivas para problemas banais ou a tendência para perder a calma perante um conflito ou frustração em ambientes sociais. Estas crianças não conseguem cumprir as regras do jogo, como tal criam as suas próprias regras, uma atitude que tende a ser rejeitada pelos colegas, que se afastam e/ou confrontam a criança em questão, originando discussões. As crianças com PHDA gostam de ser líderes, para dominar tudo, contudo, nem sempre o conseguem ser, comprometendo a aceitação pelo grupo. Estes alunos levam muito a sério a relação com os professores mas, se verificarem que o seu esforço não é reconhecido e que são incompreendidos tornam-se muito provocadores e desobedientes, desautorizando-os (Lopes, 2004; Lorente & Ávila, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

Barkley (2002) é da opinião que as crianças com este distúrbio sofrem problemas sociais porque são menos capazes de cooperar e dividir com outras crianças e “de fazer e manter promessas de trocas mútuas de favores”. São competências incluídas

no que o autor designa como “reciprocidade” ou “trocas sociais”, as alavancas para a construção de amizades e “de relacionamentos interpessoais eficazes com outros” (p. 119).

Segundo um estudo realizado por Fonseca, Rebelo, Simões e Ferreira (1995), os comportamentos antissociais mais problemáticos estão relacionados com a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, apresentando um maior risco de futuras manifestações de inadaptação social. São comportamentos muito frequentes desde os primeiros anos do ensino básico, sobretudo nos rapazes. Relativamente à evolução destes comportamentos, os autores concluem que existe uma diminuição de comportamentos hiperativos ao longo dos anos, no entanto podem aumentar outro tipo de comportamentos, como o fugir da escola ou o consumo de álcool (Kos, 2004). É fundamental existirem logo intervenções de um profissional, para que mais tarde não sejam tardias nem ineficazes. Apesar de todos os problemas sociais é importante salientar que estas crianças não são desagradáveis propositadamente, pois são vítimas da sua própria autoestima que é muitas vezes baixa, sentindo-se solitárias e tristes pela rejeição dos seus pares, querendo desesperadamente ter bons relacionamentos sociais (Kos, 2004).

### *Perturbações de Oposição e do Comportamento*

Um dos aspetos mais afetados nas crianças que sofrem de PHDA é o das perceções de situações sociais, pois tendem a interpretar o comportamento dos pares como agressivo respondendo da mesma maneira. Contudo, Lopes (2004) realça que existe uma forte relação entre a PHDA e a agressividade. Os problemas de agressividade levam a situações mais complexas como o comportamento de desafio e de oposição. As crianças irritam-se facilmente, agredindo os colegas fisicamente e verbalmente. Esta dificuldade no controlo dos impulsos pode evoluir provocando comportamentos antissociais tais como mentir, lutar, roubar, fugir de casa, destruir propriedades, entre outros (Barkley, 2002).

A Perturbação de Oposição (PO) é caracterizada por comportamentos de transgressão, de oposição, de provocação, desacordo com os seus interlocutores, rancor, recusa de toda a tentativa de conciliação, negativismo em relação ao próximo e humor zangado/irritável (Bréjard & Bonnet, 2008; APA, 2014). Os comportamentos de

oposição são mais evidentes no contexto escolar, como tal é importante e relevante a forma como os docentes atuam. As atitudes dos professores face às crianças com PHDA podem ter impacto sobre as perceções dos colegas. Neste sentido, se a atitude do docente for positiva em relação às crianças com este distúrbio, muitas das questões sobre estas serão atenuadas, porém, se ocorrer o contrário, os problemas aumentam (DuPaul & Stoner, 2007).

A Perturbação do Comportamento é caracterizada por um conjunto de comportamentos repetitivos que desrespeitam os direitos das regras/normas sociais, em relação à idade do indivíduo. Neste tipo de comportamentos estão incluídos danos físicos a pessoas ou animais, roubos, destruição e violações graves das normas (Bréjard & Bonnet, 2008; APA, 2014; Filipe, 2015)

Estima-se que 50% das crianças com PHDA apresentam igualmente uma perturbação de oposição ou do comportamento (Lopes, 1998; Parker, 2003; DuPaul & Stoner, 2007; Bréjard & Bonnet, 2008)

#### *Perturbações da Emoção, Depressivas e Ansiosas*

As Perturbações da Emoção, Depressivas e Ansiosas podem estar associadas ao quadro clínico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, pois refletem uma instabilidade e desamparo emocional. São das comorbilidades mais frequentes, por isso, é necessário dedicar uma atenção especial, interligando todos os comportamentos da criança (Bréjard & Bonnet, 2008).

Os sintomas de uma perturbação depressiva e ansiosa podem manifestar-se através de alterações alimentares, alterações do sono, irritabilidade, humor instável, extrema sensibilidade à falha, birras excessivas, agitação motora, mentiras, comportamentos agressivos, dificuldades de concentração, diminuição do aproveitamento escolar, dores de cabeça ou abdominais, faltas de ar, palpitações, tonturas, sensação de irrealidade, défice social, perda de energia, sentimentos de culpa, sentimento de abandono, frustração, sensação de abandono e choro (Bréjard & Bonnet, 2008; Neto et al., 2014; APA, 2014; Filipe, 2015).

Estudos mais recentes referem que os sintomas de depressão e ansiedade são encontrados com mais frequência em crianças com PHDA do que em crianças sem PHDA. A depressão associada à perturbação tem uma prevalência de 20% a 30% de

em crianças com PHDA. Deste modo, a intervenção psicoterapêutica é muito importante pois ajuda a tomar consciência e a aprender a lidar com fatores internos, como o melhoramento da autoestima, a alteração de pensamentos negativos e a desvalorização de acontecimentos (Barkley, 1998; Neto et al., 2014).

## **1.6 - Intervenção**

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção não tem cura mas pode ser controlada. Coexistem 3 abordagens ou modelos para o tratamento da PHDA: o farmacológico, o cognitivo-comportamental e o tratamento combinado (combinação do tratamento farmacológico com o cognitivo-comportamental). O conhecimento específico das características de cada criança permite perceber qual a melhor forma de intervenção, pois os tratamentos têm finalidades diferentes. Uns procuram reduzir os sintomas específicos da PHDA e outros procuram atenuar problemas que costumam estar associados a este distúrbio. Neste sentido, considera-se que o tratamento multidisciplinar é fundamental e mais completo (Garcia, 2001; Júlio, 2009; Neto et al., 2014).

### *Intervenção farmacológica*

Na intervenção farmacológica utilizam-se três tipos de medicamentos: tranquilizantes, antidepressivos e estimulantes, sendo estes últimos o tratamento de eleição. No entanto, apesar de os estimulantes terem uma intervenção eficaz, pois diminuem ou anulam os sintomas, não curam a criança. Têm apenas um efeito apaziguador das dificuldades adjacentes (Kos, 2004; Bréjard & Bonnet, 2008).

Para que o tratamento farmacológico seja eficaz é necessário que a medicação seja administrada de uma forma adequada. Caso contrário, pode levar a um acréscimo dos efeitos secundários (Falardeau, 1999).

O fármaco mais utilizado no tratamento da PHDA é o metilfenidato que estimula o cérebro e os neurotransmissores cerebrais, ajudando a regular o controlo motor, a atenção, a organização, o planeamento e tomadas de decisão. A substância química deve atuar durante o período escolar, pois é a altura que se requer que as crianças se

concentrem nas tarefas e diminui o comportamento impulsivo. Como consequência da substância, a criança consegue demonstrar os seus conhecimentos e sabedoria, aumentando a velocidade, qualidade e precisão na realização dos seus trabalhos escolares. Fica também mais disponível para desenvolver a coordenação motora fina, o que facilita, por exemplo, a caligrafia e aumentando desta forma a sua confiança e autoestima, amplificando assim a sua produtividade académica. As melhorias no controlo do tempo de reação, no comportamento reflexivo, no controlo de impulsividade e de regulação de atividade motora, conduzem a um benefício na interação social e facilitam a aceitação das instruções e ordens dos pais (Antunes, 2009; Neto et al., 2014).

Apesar de se observar uma melhoria significativa em 80% dos casos, existem alguns inconvenientes/efeitos secundários associados aos fármacos: taquicardia, cefaleias, dores de estômago, falta de apetite, insónia e aumento de tiques nervosos (Garcia, 2001; Lopes, 2004; Antunes, 2009). Na opinião de Bréjard e Bonnet (2008), o medicamento só deve ser ministrado aos casos em que pareça existir uma perturbação neurológica e em que os acompanhamentos alternativos se tenham revelado insuficientes.

### *Intervenção cognitivo-comportamental*

A intervenção cognitivo-comportamental tem subentendida uma mudança nos afetos e comportamentos. Esta abordagem caracteriza-se pela reestruturação cognitiva, isto é, pela diminuição do sofrimento psicológico das crianças através de modificações dos processos cognitivos e dos padrões de comportamento disfuncionais, ou seja, procura interferir na forma como elas pensam, vivem e interpretam as situações (Silva, 2003; Lino, 2005; Alfano, Coutinho & Vianna, 2008). Em suma, tem por finalidade melhorar o autocontrolo, com base nas estratégias de automonitorização, autorreforço, autoinstrução e *role play* (Parker, 2003; Lorente & Ávila, 2004; Alfano et al., 2008; Rodrigues, 2008).

A automonitorização é a capacidade das crianças prestarem atenção ao seu comportamento e a autoavaliarem-se. Esta estratégia requer que a criança observe o seu comportamento e registe as suas observações. A promoção de automonitorização é uma técnica é muito utilizada pelos docentes para ajudar as crianças a prestarem atenção, a

umentar a velocidade de desempenho na sala de aula, a concluir tarefas académicas e a controlar o seu comportamento impulsivo (Parker, 2003).

O autorreforço na aprendizagem traduz-se na capacidade da criança aprender e aplicar os seus reforços, quer sejam positivos, quer sejam negativos. Esta estratégia pode ser implementada em registos de fichas, acumulação de cartões ou até mesmo através de autoelogios (Alfano et al., 2008).

A autoinstrução, tal como a automotorização e o autorreforço, aprendem-se através do ensino e do treino, cujo objetivo é o desenvolvimento de competências de controlo do próprio comportamento. Este tipo de estratégia requer uma boa explicitação das tarefas a desenvolver, após apresentações ilustrativas, e materiais necessários para a sua realização, pois a criança terá de pensar e organizar mentalmente as etapas necessárias para a concretização da tarefa, enquanto a vai realizando. Ao utilizar este procedimento adota um estilo cognitivo reflexivo (Lorente & Ávila, 2004).

O *role play* visa ensinar às crianças maneiras mais funcionais de agir em determinadas situações (Alfano et al., 2008).

Segundo Kos (2004), a terapia cognitiva-comportamental é a que exprime melhores resultados quando combinada com a intervenção farmacológica, todavia e apesar destas abordagens interventivas, se o reforço e a punição forem implementados em simultâneo terão mais eficácia na intervenção.

## **1.7 - A ação da escola e dos docentes**

### *Estratégias para professores*

O conhecimento dos docentes está relacionado com a sua formação no âmbito da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. Por vezes, na preparação inicial dos docentes esta temática não é abordada. Daí ser importante a formação contínua para a melhoria dos seus conhecimentos. Autores como Sciutto et al. (2000) e Kos (2004) constataram uma falta de conhecimento dos professores sobre esta perturbação, o que se traduz num obstáculo para a satisfação das crianças

Apesar dos pais desempenharem o papel mais importante no desenvolvimento das crianças, ensinando-lhes a viver com os exemplos que dão, de uma forma

espontânea e direta através das interações e relações, o professor desempenha um papel mediador também importante de todo o processo de aprendizagem, inclusão e socialização dos alunos. Neste contexto, a utilização de estratégias adequadas pelos professores deve ser entendida como um processo de resposta às necessidades dos alunos com esta perturbação, pois só assim se conseguirá ajudar a diminuir as suas dificuldades e evidenciar as suas potencialidades de forma a aumentar o seu sucesso académico, tão difícil para alunos com PHDA (Moreira, 2008).

Existe uma enorme variedade de estratégias que podem ser aplicadas pelos professores: abordagens baseadas em antecedentes e abordagens baseadas em consequências (Reid & Maag, 1998; Bambara & Kern, 2005; Kern & Clemens, 2007).

O objetivo das abordagens baseadas em antecedentes é alterar o contexto de aprendizagem, fornecendo vários suportes de instrução para prevenir/preceder os comportamentos problemáticos e o desempenho académico. Os professores podem, por exemplo: sentar o aluno em lugares específicos; aumentar a clareza das instruções, encurtando-as, adaptando o vocabulário, repartindo atividades longas em pequenas tarefas e simplificando instruções; fornecer orientações escritas bem como orientações orais; fornecer pistas concretas e visuais; fornecer estratégias e instruções; destacar as palavras importantes; desenvolver o trabalho a pares; proporcionar feedback; estabelecer e reforçar as expectativas do trabalho, planificar a intervenção de suportes positivos de comportamento; realizar um contrato comportamental com o aluno, para este saber reconhecer os seus tipos de comportamentos; desenvolver um sistema de reforço pessoal; substituir o ralar por expressões faciais de descontentamento; ajustar os materiais e dar a oportunidade ao aluno de escolher a tarefa a realizar; privilegiar a comunicação com a família; ajudar o aluno a organizar o seu espaço de trabalho e os seus materiais (Zentall, 1993; Reid & Maag, 1998; DuPaul & Stoner, 2003; Bambara & Kern, 2005; Kern & Clemens, 2007; Barkley, 2008; Simonsen, Sugai & Negron, 2008).

As abordagens baseadas em consequências, têm por objetivo realizar uma intervenção dirigida, através do reforço positivo, de modo a que se consigam fazer alterações comportamentais. Por vezes poderá ser necessário utilizar consequências negativas para orientar a criança para a tarefa, mas estas não deverão passar de reprimendas leves e calmas. Os professores podem, por exemplo: dar recompensas devido ao comportamento adequado e pedir ao aluno para fazer uma pausa, fora da sala.

O intuito é dar-lhe algum tempo para que possa controlar e acalmar o seu comportamento (Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

Os docentes tendem a utilizar muito as abordagens baseadas em consequências, particularmente na forma de respostas punitivas quando o aluno apresenta problemas comportamentais e/ou académicos. No entanto, a literatura apresenta evidências de que as respostas punitivas não são totalmente eficazes e rápidas, muito pelo contrário, pode ter um impacto negativo nestas crianças alterando o seu ambiente e prolongando o seu efeito (Kern, Gallagher, Starosta, Hickman & George, 2006).

Atualmente, espera-se que o docente foque as suas energias e saberes da melhor forma, recorrendo à sua sabedoria, intuição e sensibilidade para intervir com crianças cada vez mais heterogéneas, quer a nível cultural, social ou educativo. Apesar da diversidade de estratégias, devem ser aplicadas pelo professor aquelas que melhor definem e se adequam a cada criança e ao contexto onde vivem (Cosme & Trindade, 2002; Lopes, 2004; Shelikowitz, 2010).

#### *Apoios escolares: enquadramento legal*

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é um distúrbio reconhecido em Portugal pela legislação que prevê medidas específicas para responder adequadamente às necessidades educativas de cada criança.

O atual regime jurídico da educação especial em Portugal, através do Decreto – Lei n.º 3, de 8 de janeiro de 2008, introduz um novo conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE). Este diploma introduziu um aspeto determinante para a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todos os alunos, através de princípios de ação educativa, tais como: individualização e personalização de estratégias educativas, promovendo competências universais que permitem a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania.

O decreto veio habilitar a adaptação e o apoio ao aluno na sala de aula regular, em conjunto com os outros colegas, em detrimento da criação de um programa adaptado. As medidas educativas a serem implementadas, no âmbito da adequação do processo de ensino-aprendizagem, podem ser: apoio pedagógico, implementação de estratégias e reforço de aptidões personalizado; adequações curriculares individuais; adequações no processo da matrícula e adequações no processo de avaliação (DL n.º 3,

2008). Para a aplicação deste documento legislativo, é necessário existir uma referenciação por parte dos encarregados de educação, dos docentes, dos serviços de intervenção precoce mas sobretudo da equipa clínica (Neto et al., 2014).

No entanto, como César (2003) enfatiza, não basta que uma proposta se torne lei para que a mesma seja imediatamente aplicada. Inúmeras são as barreiras que impedem que a política de inclusão se torne realidade na prática quotidiana das escolas. A principal barreira é a pouca preparação dos professores para receber nas suas salas de aula alunos com problemas de disciplina e aprendizagem.

## Capítulo 2 - **Problematização e Metodologia**

### **2.1 - Problema de investigação, objetivos e hipóteses**

#### *Contextualização do estudo e delimitação do problema*

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é caracterizada pela irrequietude, desatenção e impulsividade, causando um impacto significativo em termos sociais, emocionais e académicos (Blotnicky-Gallant, Martin, McGonnell & Corkum, 2014). Os professores desempenham assim um papel importante no reconhecimento/diagnóstico da perturbação (Sciutto, Terjesen, Michalová, Schmiedeler, Antonopoulou, Shaker, Lee, Alkahtani & Rossouw, 2015) como também em todo o processo de ensino-aprendizagem, em particular através da implementação de estratégias (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

Quando a perturbação é identificada e/ou diagnosticada cabe ao professor proporcionar estabilidade e motivar o aluno, no entanto, estes discentes são considerados mal-educados e preguiçosos, mandados calar com mais frequência, menos questionados nas aulas, menos elogiados e mais criticados. Esta situação leva a que muitas destas crianças desistam facilmente das tarefas escolares, ao fracasso e à desmotivação, devido às estratégias (Lopes, 1998; Rodrigues, 2008).

Diversos são os estudos internacionais que abordam esta temática, nomeadamente os de Sciutto et al. (2000), Martinussen et. al (2011) e Blotnicky-Gallant et al. (2014) que têm em conta os conhecimentos, perceções e estratégias dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB).

O presente estudo surgiu pela motivação da procura de um maior conhecimento sobre o assunto como também pela pertinência em aferir os conhecimentos e estratégias pedagógicas dos docentes do ensino do 1.º CEB, relativamente à PHDA, em Portugal.

A investigação assenta na formulação de um problema inicial, geralmente sob a forma de pergunta que nos obriga a clarificar as nossas intenções e perspetivas,

fornecendo elementos como resposta (Quivy & Campenhoudt, 1997). Procurámos que o nosso problema de investigação reunisse as qualidades de Quivy e Campenhoudt (1997), considerando como essenciais as qualidades de clareza, exequibilidade e pertinência da pergunta, a saber:

*Como é que os docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico se situam em relação à PHDA, ou seja, que conhecimentos e percepções possuem e que estratégias pedagógicas adotam face aos alunos com esta perturbação?*

Neste contexto, definiram-se os objetivos para o estudo:

- 1) Identificar os conhecimentos dos professores do 1.º CEB sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção designadamente no que respeita às características gerais da perturbação, à sintomatologia e abordagens de terapêuticas gerais;
- 2) Identificar as práticas dos docentes em matéria de gestão de comportamentos e de estratégias de ensino-aprendizagem para alunos com PHDA.
- 3) Identificar se os professores de 1.º Ciclo do Ensino Básico com mais conhecimentos adotam estratégias de gestão de comportamento e estratégias de ensino-aprendizagem mais adequadas.

### *Hipóteses*

Estudos realizados em vários países sobre o papel dos professores no processo de ensino-aprendizagem de crianças com PHDA, demonstraram a existência de uma relação entre o conhecimento dos docentes sobre a perturbação e a sua formação específica na área: os professores com mais formação sobre a perturbação possuem mais conhecimentos sobre PHDA (Kos, 2004; Sciutto et al., 2015). Neste contexto formulou-se a seguinte hipótese:

*H1: Há um efeito significativo da formação em PHDA no conhecimento sobre a perturbação, isto é, os professores com formação mais especializada na área têm mais conhecimentos sobre PHDA.*

A literatura identificou uma relação entre o número de crianças com PHDA que se lecionou e o conhecimento (e.g. Sciutto et al., 2000; Kos, 2004). Tendo em conta estas variáveis formulou-se a seguinte hipótese:

*H2: Há um efeito significativo de experiência prévia de trabalho pedagógico com crianças com PHDA no conhecimento sobre a perturbação, isto é, quanto maior o número de crianças que os professores trabalharam maior é o conhecimento sobre PHDA.*

O tempo de serviço dos professores está relacionado com os conhecimentos que possuem sobre PHDA (Sciutto et al., 2000). De acordo com o mesmo autor o contacto com crianças com esta perturbação na sala de aula demonstrou ser um fator importante para os professores. Como tal formou-se:

*H3: Há uma relação significativa entre o tempo de serviço dos professores e os conhecimentos sobre PHDA, no sentido em que quem tem mais tempo de serviço (anos), tem mais conhecimentos global e específico sobre PHDA.*

No que respeita a utilização eficaz de práticas pedagógicas, existem na literatura evidências sobre os contributos da formação dos professores na área (Miranda, Presentación & Soriano, 2002; Zentall & Javorsky, 2007; Martinussen et al., 2011). Os mesmos autores defendem ainda que o conhecimento (proveniente ou não da formação) sobre PHDA é condição para uma escolha adequada de estratégias pedagógicas de gestão de comportamento e ensino-aprendizagem perante alunos com PHDA. Posto isto, considerou-se a seguinte hipótese:

*H4: Há uma relação significativa no sentido em que os professores com formação especializada na área utilizam com mais frequência estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

Apesar dos resultados não terem sido significativos, estudos anteriores (e.g. Martinussen et al., 2011) consideraram a possibilidade da existência de uma relação entre tempo de serviço do professor e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem. A relação hipotetizada pelos autores assenta na ideia de que um maior ou menor tempo de serviço está associado ao maior/menor exposição à perturbação na sala de aula. Optámos por verificar como se comportava no contexto português, a relação entre as referidas variáveis:

H5: *Há relação entre o tempo de serviço dos docentes e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

A seguinte hipótese vai ao encontro da proposta de Blotnicky-Gallant et al. (2015), que propõe que se verifique a relação entre o número de alunos com PHDA já lecionados e as práticas pedagógicas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem:

H6: *Há relação entre a experiência prévia de trabalho com crianças com PHDA e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

Em 2014, Blotnicky-Gallant et al., procuraram verificar a relação entre os conhecimentos dos professores sobre PHDA e as estratégias utilizadas para a gestão de comportamento e do ensino-aprendizagem. Não foram encontradas correlações significativas entre as variáveis. Optámos por verificar se o mesmo acontecia numa amostra de docentes portugueses:

H7: *Há relação entre o conhecimento (global e específico) sobre a perturbação e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

## **2.2 - Abordagem adotada e *design* do estudo**

De acordo com Quivy e Champenhoudt (1997), não há métodos melhores do que outros: tudo depende dos objetivos a atingir, do modelo de análise e das suas características. O presente trabalho caracteriza-se como um estudo *cross-sectional* ou transversal, ou seja, uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa, aplicada a uma amostra representativa da população estudada num determinado tempo e lugar (Mertens, 2015).

A principal vantagem deste tipo de estudos é que a investigação é feita num curto período de tempo, muito embora haja uma limitação agregada: como as medições são realizadas num único momento, não é possível estabelecer relações, por não se aplicar o estudo a uma sequência temporal (Mertens, 2015).

A metodologia utilizada envolveu a recolha de elementos informativos relativos ao conhecimento, percepções e práticas pedagógicas dos professores titulares do 1.º CEB sobre a PHDA. Assim, foi utilizado o inquérito por questionário para a recolha de dados.

### 2.3 - Contexto de realização do estudo e participantes

A amostra foi selecionada por critérios de conveniência, designadamente a facilidade de acesso a estabelecimentos de ensino e respetivos profissionais, na região de Lisboa e Vale do Tejo. Assim, foram envolvidas 65 escolas (53 do setor público e 12 do setor privado), num total de 405 professores titulares do 1º CEB. Foram devolvidos 302 questionários (75% da população-alvo), 223 provenientes de escolas públicas e 79 de escolas privadas.

Dos inquiridos, 11% eram do sexo masculino e 89% do sexo feminino. A maioria das investigações com docentes revela uma taxa de professores do sexo feminino maior que a do sexo masculino (e.g. Alkahtani, 2013; Sciutto et al., 2015).

A maioria dos inquiridos tinha entre – (menos) 29 anos e 60 anos e tinha entre – (menos) 5 a 39 anos de tempo de serviço (Tabela 1). Resultados que igualam estudos de Alkahtani (2013) e Blotnicky-Gallant (2014).

Tabela 1 – Descrição da amostra pela idade e tempo de serviço (anos)

<b>Idades</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
- 29 anos	12	4,0
30 – 40 anos	135	44,7
41 – 50 anos	92	30,5
51 – 60 anos	62	20,5
Total	301	99,7
Em falta	1	0,3
<b>Tempo de serviço</b>		
- 5 anos	61	20,2
6 – 16 anos	155	51,3
17 – 27 anos	62	20,5
28 – 39 anos	24	7,9
Total	302	100

No que diz respeito ao tipo de formação inicial dos participantes, podemos constatar que: 8,9% (N=27) tem bacharelato; 6% (N=18) tem curso de complemento; 77,5% (N=234) é licenciado e 7,3% (N=22) detém uma licenciatura com mestrado integrado. A nossa amostra distingue-se das utilizadas em estudos anteriores (e.g. Sciutto et al., 2000; Small, 2003; Alkahtani, 2013) na medida em que a maioria dos professores tem licenciatura. Nos estudos de Small (2003) e Alkahtani (2013) os docentes possuíam bacharelato e no de Sciutto et al. (2000) a maioria dos professores tinha o mestrado.

Quanto à formação dos inquiridos na área da PHDA, verificou-se que 61,3% (N=185) dos professores participantes não têm qualquer tipo de formação. No que diz respeito à de formação realizada, 31,2% (N=94) dos professores frequentaram ações de formação contínua e 7,3% (N=22) um mestrado ou uma pós-graduação com especialização.

No total dos professores inquiridos, 61 (20,2%) indicaram que nos últimos 5 anos não tiveram alunos com PHDA. Entre os 241 (79,7%) professores que tiveram alunos com PHDA na turma nos últimos 5 anos, 155 (51,3%) teve de 1 a 3 alunos; 62 (20,5%) teve de 4 a 6 e 24 (7,9%) docentes receberam mais de 7 alunos nos últimos 5 anos de serviço. Relativamente a estudos internacionais, como os de Sciutto et al. (2000) e Blotnick-Gallant et al. (2014), a nossa amostra lecionou mais alunos com PHDA.

## **2.4 - Recolha de dados**

A recolha de dados foi efetuada com recurso ao inquérito por questionário pois considerou-se que seria a solução mais adequada para avaliar os conhecimentos dos docentes e respetivas práticas pedagógicas. A técnica do questionário possibilita a recolha de dados sobre conhecimento, informação, preferências, valores, atitudes e crenças das pessoas (Tuckman, 2000) permitindo aplicar a um conjunto de sujeitos representativos de uma população uma série de questões e verificar hipóteses teóricas (Quivy & Champenhoudt, 1997).

### 2.4.1 - Os instrumentos

O questionário utilizado é constituído por duas escalas:

a) *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)*, de Sciutto, Terjesen e Frank (2000). Foi o primeiro instrumento concebido para avaliar o nível de conhecimento dos professores sobre PHDA. É originalmente composto por 36 itens divididos em três subescalas: “Informações Gerais” sobre a natureza e a causa da PHDA (15 itens;  $\alpha=.71$ ), “Sintomas/Diagnóstico” (9 itens;  $\alpha=.71$ ) e “Tratamento” (12 itens;  $\alpha=.71$ ). As percepções dos inquiridos são medidas com recurso a uma escala de 3 categorias: Verdadeiro (V), Falso (F) e Não Sei (NS). Este formato de resposta permite, segundo os autores, estabelecer a diferença entre o que os professores não sabem e as conceções erradas que têm sobre a problemática.

Optámos por reduzir a escala original selecionando aleatoriamente 20% (8) dos itens da escala original. Foi adotado este procedimento por não termos encontrado qualquer estudo de avaliação das qualidades psicométricas da escala que nos permitisse adotar um critério estatístico (e.g. um maior coeficiente de saturação fatorial) para a seleção dos itens a eliminar. Ficámos com 28 itens compostos por 15 afirmações verdadeiras e 13 falsas.

A construção do questionário final teve ainda em conta estudos prévios de utilização da escala original de Sciutto et al. (2000), em contexto português (Cariano, 2010; Alvarez, 2014). Os trabalhos consultados foram realizados no âmbito de mestrados e não evidenciaram a adoção de procedimentos de adaptação instrumental típicos de estudo *cross-cultural*, ou seja, procedimentos estandardizados de tradução-retroversão. Por limitação de tempo e outros recursos, também optámos por não os realizar.

A tabela 2 apresenta a estrutura final da nossa versão reduzida da *KADDS*.

Tabela 2 – Estrutura da escala *KADDS* (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000)

Subescala	Localização dos itens	Exemplos
Informações Gerais (15 itens no original) $\alpha^* = .71$	Secção A: 1 a 12	É possível diagnosticar a PHDA num adulto. [Verdadeira] Existem traços específicos que podem ser identificados pelo médico (por exemplo, o pediatra) para o diagnóstico definitivo da PHDA. [Falsa]
Sintomas/Diagnóstico (9 itens no original) $\alpha^* = .71$	Secção B: 1 a 7	Frequentemente, as crianças com PHDA têm baixa autoestima [V] Um dos sintomas das crianças com PHDA é que estas são fisicamente cruéis com as outras pessoas. [F]
Tratamento (12 itens no original) $\alpha^* = .71$	Secção C: 1 a 9	Os medicamentos estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção da PHDA [V] A pesquisa atual sugere que a PHDA é em grande parte o resultado de competências parentais ineficazes. [F]

\* Alfa de Cronbach.

b) *Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)*, de Martinussen, Tannock e Chaban (2011). Avalia as práticas usadas em contexto pedagógico com crianças com PHDA, tanto a nível de gestão de comportamento como a nível de estratégias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem. O estudo original foi concebido para comparar a frequência de utilização de estratégias recomendadas por professores titulares e professores de necessidades educativas especiais. Consideramos que se mostrava especialmente adequada para medir a utilização de estratégias recomendadas pelos professores titulares do 1.º CEB.

A escala original é constituída por 36 itens, divididos em duas subescalas: Gestão de Comportamento (18 itens, 1 de escala invertida;  $\alpha = .80$ ) e Estratégias de Ensino-Aprendizagem (18 itens, 1 de escala invertida;  $\alpha = .89$ ). As opiniões dos respondentes são classificadas através de uma escala de Likert: 1-nunca; 2-com pouca frequência; 3-às vezes; 4-com muita frequência e 5-sempre. Também por razões de parcimónia optou-se por reduzir aleatoriamente o número de itens em 20% (8 itens). À semelhança da *KADDS*, não conseguimos localizar estudos de avaliação psicométrica da *IBMAS* (com recurso a análise fatorial confirmatória), que nos habilitassem com os coeficientes de saturação fatorial de cada item para assim fazer uma seleção de base estatística

A *IBMAS*, construída por Martinussen et al. (2011), foi traduzida por nós para a língua portuguesa.

Na Tabela 3 apresenta-se a estrutura da *IBMAS*.

Tabela 3 – Estrutura da escala *IBMAS* (Martinussen, Tannock & Chaban, 2011)

Subescala	Localização dos itens	Exemplos
Gestão de comportamento (18 itens no original) $\alpha=.80$	Seção A: 1 a 14	Utilizar sinais não-verbais para redirecionar. Remover o aluno da sala pelo mau comportamento. [escala invertida]
Estratégias de E-A (18 itens no original) $\alpha=.89$	Seção B: 1 a 14	Fornecer diferentes formatos de avaliação. Reduzir as expetativas do trabalho (definir objetivos intermédios) [escala invertida]

$\alpha$ \* Alfa de Cronbach.

Na terceira parte do questionário incluíram-se variáveis caracterizadoras da amostra. Os itens sociodemográficos foram utilizados como variáveis caracterizadoras da amostra (sexo, idade e qualificação inicial para a docência) e variáveis preditoras do conhecimento e práticas pedagógicas dos professores (formação em PHDA, anos de atividade docente e o número de alunos com PHDA nos últimos 5 anos).

## 2.4.2 - Procedimentos

A aplicação do questionário foi precedida de pedidos formais de autorização para a realização do trabalho, às direções de todas as escolas e agrupamentos participantes. No corpo da carta estava explicitado o tema do projeto e os respetivos objetivos. Anexou-se o questionário à carta para que a confidencialidade e o anonimato das informações recolhidas não fossem postas em causa pelas direções.

Quando a investigação implica/incide sobre sujeitos, torna-se imprescindível considerar algumas condutas éticas, nomeadamente o direito ao anonimato e à confidencialidade dos sujeitos da amostra (Bogdan & Biklen, 1994). Para garantir os princípios éticos da prática investigativa, após a obtenção da autorização das direções das escolas, entregou-se o questionário num envelope a cada inquirido. Desta forma, os

docentes puderam preencher os questionários e entregá-los em envelopes individuais fechados, garantindo-se assim o anonimato ao investigador.

## **2.5 - Tratamento e análise de dados**

A recolha de dados decorreu nos meses de abril, maio e junho de 2016. Após a recolha dos questionários, procedeu-se à sua numeração e ao tratamento estatístico. A análise estatística foi feita com recurso ao programa *IBM SPSS*, versão 21.

A verificação das hipóteses foi precedida de uma análise exploratória dos resultados relativos a todas as variáveis envolvidas, no sentido de identificar a natureza (paramétrica vs não paramétrica) dos testes estatísticos a utilizar.

A *KADDS* apresenta 3 categorias de resposta: Verdadeiro (V), Falso (F) e Não Sei (NS): a cada resposta correta foram atribuídos 3 pontos, a cada resposta “Não Sei” foram designados 2 pontos e às respostas erradas foram atribuídos 1 ponto. Desta forma distinguiu-se as conceções erradas das respostas que os inquiridos não sabem. O nível de conhecimento acerca da PHDA de cada professor foi obtido através do somatório das respostas corretas.

## **2.6 - Apresentação e discussão de resultados**

Este estudo teve como finalidades analisar os conhecimentos dos docentes sobre PHDA e as estratégias pedagógicas que adotam face aos alunos com a perturbação e identificar diferenças em função de algumas características demográficas, segundo o exemplo de estudos realizados noutros países (e.g. Martinussen et al., 2011; Sciotto et al., 2015).

Neste ponto do trabalho iremos avançar com os resultados obtidos, interpretações e reflexões realizadas conforme a literatura efetuada.

Apresentam-se nas tabelas 4 e 5 os resultados das medidas descritivas apuradas para as escalas e subescalas do nosso questionário.

Tabela 4 – Medidas Descritivas

	Subescala	% Corretas	% Incorretas	% “Não sei”	$\alpha^*$
<i>KADDS</i>	1) Informações Gerais	42,8	34,2	23	.33
	2) Sintomas/Diagnóstico	63,9	21,2	14,9	.23
	3) Tratamento	50,7	29,3	20	.56

\*Índice de fiabilidade ou alfa de Cronbach.

Tabela 5 – Medidas Descritivas

	Subescala	M	DP	Gestão de Comportamento	Estratégias E-A
<i>IBMAS</i>	1) Gestão de Comportamento	3,9	.39	(.68)	
	2) Estratégias de E-A	3,8	.51	.598**	(.87)

\* Correlação significativa para  $p < .05$  (bidirecional)  
 \*\* Correlação significativa para  $p < .01$  (bidirecional)  
 Em itálico e entre parênteses o Alfa de Cronbach  
 Nível 5, numa escala de: 1=nunca e 5=sempre.

A fiabilidade global da *KADDS* é de .64 que, não sendo alta, coincide com os coeficientes obtidos em aplicações do instrumento noutros países do mundo (e.g. Alemanha, Arábia Saudita): Sciutto et al. (2015), num estudo comparativo da aplicação da *KADDS* em vários (9) países do mundo, registou valores de consistência interna entre .48 e .84. Como os próprios autores adiantam, poderão eventualmente existir fatores intrínsecos aos países (e.g. cultura, educação, familiaridade com o tipo de instrumento) que se traduzem numa maior ou menor adaptação do instrumento às realidades avaliadas. Este mesmo raciocínio estende-se à interpretação e comparação dos nossos resultados com os obtidos por outros estudos noutros locais do mundo.

Na *IBMAS* original de Martinussen et al. (2011), o alfa de Cronbach dos itens sobre a Gestão de Comportamento foi de .80 e dos itens relativos às estratégias de Ensino-Aprendizagem foi de .89. No presente estudo obtivemos uma fiabilidade de .68 para Gestão de Comportamento e .87 para estratégias de Ensino-Aprendizagem. O facto dos valores de alfa das subescalas serem mais baixos que o alfa global é em parte expectável pelo menor número de itens. Sciutto et al. (2015), salientam que a adaptação da *KADDS* e da *IBMAS* para as diferentes línguas e culturas pode acarretar erros de tradução, suscitando resultados diferentes e comprometendo a fiabilidade da escala.

Os resultados da avaliação dos conhecimentos dos docentes da nossa amostra coincidem com a literatura consultada: os docentes apresentam (46,9%) um baixo

domínio dos conhecimentos sobre a perturbação, quer ao nível global quer ao nível específico. Uma investigação que decorreu em 9 países (Sciutto et al., 2015) revelou que as respostas corretas sobre a perturbação variavam entre 15% - 62% e que estes são considerados baixos. Os nossos resultados aproximaram-se da Grécia (47%) e Iraque (45%). Com resultados mais elevados distinguiram-se a África do Sul (52%), Alemanha (54%), República Checa (57%) e Estados Unidos (62%) e com resultados mais modestos salientaram-se a Arábia Saudita (15%), Vietnã (33%) e a República da Coreia (39%).

A primeira definição e os primeiros estudos, sobre esta problemática, surgem em 1968 (APA, 1968) e desde então que a PHDA não deixou de ser estudada (remeter ao ponto de trabalho: 1.1). Volvidos 48 anos, pareceu-nos expectável que os professores apresentassem mais conhecimentos sobre a perturbação. Estima-se que 5% das crianças em idade escolar tem PHDA (Lorente & Ávila, 2004), o que aumenta a necessidade de apetrechar os docentes com as competências necessárias para conseguirem responder ao desafio.

À semelhança do efetuado por Sciutto et al. (2000) apuraram-se as 5 respostas Corretas, Incorretas e “Não Sei” mais frequentes da *KADDS* (Tabelas 6, 7 e 8).

Tabela 6 – As 5 respostas Corretas mais frequentes

	N.º do item	Item <sup>a</sup>	Subescalas <sup>b</sup>	Fa	%
<i>KADDS</i>	22	A intervenção parental e a do professor. [V]	T	265	87,7
	13	As crianças com PHDA são distraídas. [V]	S	255	84,4
	17	As crianças com PHDA têm baixa auto-estima. [V]	S	239	79,1
	19	Para o diagnóstico de PHDA a criança deve. [V]	S	233	77,2
	21	Os medicamentos têm sido eficazes na redução. [V]	T	232	76,8

<sup>a</sup> Item reduzido.

<sup>b</sup> I = Informações Gerais; S = Sintomas/Diagnóstico; T = Tratamento.

Os nossos resultados indicam que os professores têm mais conhecimentos sobretudo ao nível dos Sintomas/Diagnóstico da PHDA, tal como nos estudos de Sciutto et al. (2000), Small (2003), Alkahtani (2013) e Blotnicky-Gallant et al. (2014). As 5 respostas corretas mais frequentes coincidem apenas num item com o estudo: “As crianças com PHDA distraem-se facilmente devido a estímulos externos” (item 13). Importa realçar que neste trabalho o número de itens (N=28) foi menor que o da escala

original (N=36) ficando por esclarecer a magnitude do efeito das semelhanças/diferenças nos resultados.

Os professores, como observadores privilegiados sabem mais sobre sintomas e critérios de diagnóstico porque necessitam de transmitir informações e colaborar com os pais, psicólogos e médicos no processo de diagnóstico e avaliação da perturbação (Lopes, 2004; Blotnicky-Gallant et al., 2014).

Tabela 7 – As 5 respostas Incorretas respondidas com mais frequência

N.º do item	Item <sup>a</sup>	Subescalas <sup>b</sup>	Fa	%	
KADDS	7	As crianças com PHDA têm mais problemas. [F]	I	193	63,9
	1	A PHDA ocorre em 15% das crianças. [F]	I	132	43,7
	9	Em crianças de idade escolar a prevalência. [F]	I	123	40,7
	14	Para ser diagnosticado os sintomas da criança. [V]	S	120	39,7
	2	As crianças colaboram mais com os pais. [V]	I	115	38,1

<sup>a</sup> Item reduzido.  
<sup>b</sup> I = Informações Gerais; S = Sintomas/Diagnóstico; T = Tratamento.

No que diz respeito às concepções erradas (Tabela 7) dos professores sobre PHDA, a maioria incide sobre as Informações Gerais, tal como no trabalho de Sciutto et al. (2000). Entre as crenças erradas que os docentes manifestam ter sobre a perturbação, salientaram-se, pela sua frequência as seguintes:

- A noção partilhada por 63,9% (N=193) dos inquiridos de que as crianças apresentam mais problemas de comportamento e de aprendizagem em situações novas do que em situações familiares (item 7), trata-se de uma crença errada. De acordo com Barkley (1998) as crianças com a perturbação demonstram-se mais confortáveis e com maior aproveitamento em situações novas, por ainda não terem tido tempo para se relacionar com os seus pares e com os adultos. Este item demonstrou resultados aproximados ao estudo original de Sciutto et al. (2000).
- A crença de que a maioria das estimativas indica que a PHDA ocorre em 15 % em idade escolar (item 1), está errada - 43,7% (N= 132) da nossa amostra considerou esta afirmação verdadeira (embora seja falsa). Apesar de a PHDA ser uma das perturbações mais comuns nas crianças em idade escolar, a taxa de incidência é de 5% em Portugal (Lorente & Ávila, 2004; APA, 2014). Esta crença foi igualmente observada no estudo de Sciutto et al. (2000).

- Quase metade dos docentes (40,7%, N=123) considerou que a prevalência da perturbação é semelhante nos sexos masculino e feminino (item 9), de acordo com Moura (2008) e Neto (2010), a perturbação é predominante nos rapazes sendo que as raparigas exibem menos distúrbios de aprendizagem e menos problemas na escola. Já nos rapazes observam-se mais problemas de conduta, comportamentos desafiadores e agressividade.
- 39,7% (N = 120) dos inquiridos acreditam que os sintomas da criança não devem ter estado presentes antes dos 7 anos de idade (item 14). Trata-se de uma conceção errada. Os primeiros sintomas da perturbação aparecem durante a infância, normalmente antes dos 7 anos de idade (APA, 2014). Esta crença foi igualmente observada no estudo de Sciutto et al. (2000).
- A conceção de que as crianças com PHDA colaboram mais com os seus pais do que com as suas mães (item 2), foi reportada por 38,1% (N=115) professores erradamente. Esta crença é confrontada pela literatura que demonstra que as mães parecem ter mais problemas com crianças com a perturbação. Uma razão pode ser o facto de os pais serem mais firmes na disciplina dos seus filhos (Barkley, 1998).

Tabela 8 – As 5 respostas “Não Sei” mais frequentes

	N.º do item	Item <sup>a</sup>	Subescalas <sup>b</sup>	Fa	%
<b>KADDS</b>	27	A terapia electroconvulsiva é eficaz. [F]	T	245	81,1
	1	A PHDA ocorre em 15% das crianças. [F]	I	142	47
	2	As crianças colaboram mais com os pais. [V]	I	140	46,4
	23	É raro existir uma recaída. [F]	T	133	44
	25	A psicoterapia individual é suficiente. [F]	T	125	41,4

<sup>a</sup> Item reduzido.

<sup>b</sup> I = Informações Gerais; S = Sintomas/Diagnóstico; T = Tratamento.

Os nossos resultados relativos às respostas “Não Sei” aproximam-se dos obtidos por Sciutto et al. (2000) em quatro crenças:

- “A terapia eletroconvulsiva (tratamento por choques) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA” (item 27, afirmação falsa).
- “A maioria das estimativas sugere que a PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar” (item 1, afirmação falsa).

- “As crianças com PHDA colaboram mais com os seus pais do que com as suas mães” (item 2, afirmação verdadeira).
- “É raro existir uma recaída quando se termina o tratamento de uma criança com PHDA ao nível dos sintomas” (item 23, afirmação falsa).

Apuraram-se também, através do questionário *IBMAS*, as 5 estratégias utilizadas com mais e menos frequência (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9 – As 5 estratégias utilizadas referidas como “sempre”<sup>1</sup>

	N.º do item	Item <sup>a</sup>	Subescalas <sup>b</sup>	Fa	%
<i>IBMAS</i>	3	Proporcionar uma atenção positiva.	GC	183	57,2
	8	Ensinar comportamentos adequados.	GC	171	53,4
	20	Ensinar e explicar ao aluno como se deve organizar.	E-A	146	45,6
	26	Ajudar o aluno a atingir metas estabelecidas.	E-A	145	45,3
	2	Manter a criança perto do professor.	GC	129	40,3

<sup>a</sup> Item reduzido.

<sup>b</sup> GC = Gestão de Comportamento; E-A = Estratégias de Ensino-Aprendizagem.

<sup>1</sup> Nível 5, numa escala de: 1=nunca e 5=sempre.

Tabela 10 – As 5 estratégias utilizadas referidas como “nunca”<sup>1</sup>

	N.º do item	Item <sup>a</sup>	Subescalas <sup>b</sup>	Fa	%
<i>IBMAS</i>	14	Remover o aluno da sala pelo mau comportamento.	GC	131	40,9
	12	Pedir ao aluno para fazer uma pausa, fora da sala.	GC	42	13,1
	7	Ignorar certos comportamentos.	GC	34	10,6
	13	Retirar uma recompensa específica (punição).	GC	32	10
	22	Dar a escolher as tarefas aos alunos.	E-A	27	8,4

<sup>a</sup> Item reduzido.

<sup>b</sup> GC = Gestão de Comportamento; E-A = Estratégias de Ensino-Aprendizagem.

<sup>1</sup> Nível 5, numa escala de: 1=nunca e 5=sempre.

Podemos constatar que as estratégias pedagógicas mais utilizadas são as de Gestão de Comportamento, como os resultados de Martinussen et al. (2011) e de Blotnicky-Gallant et al. (2014).

Martinussen et al. (2011) quando propuseram a escala incluíram na *IBMAS* duas estratégias não recomendáveis porque podem reduzir as oportunidades de aprendizagem destes alunos: remover o aluno da sala pelo mau comportamento (item 14); reduzir as expectativas de trabalho (item 28). Quanto à primeira, 40,9% dos docentes afirmam que

nunca o fazem; no que diz respeito à segunda estratégia não obtivemos respostas referidas como “nunca”, o que não é positivo, visto ser uma estratégia a evitar com alunos com PHDA.

A revisão literária indicou-nos algumas abordagens baseadas em antecedentes que fornecem suportes de instrução para prevenir comportamentos problemáticos e para melhorar o desempenho académico como, por exemplo: aumentar a clareza das instruções, proporcionar *feedback*, ajudar o aluno a organizar o seu espaço, dar-lhe a oportunidade de escolher a tarefa a realizar, ajustar os materiais, estabelecer e reforçar as expectativas de trabalho, entre outras (Zentall, 1993; Reid & Maag, 1998; DuPaul & Stoner, 2003; Bambara & Kern, 2005; Kern & Clements, 2007; Barkley, 2008; Simonsen et al, 2008). Os nossos resultados (Tabelas 10 e 11) indicam que os inquiridos utilizam pouco estas estratégias. Há inclusive 27 (8,4%) docentes que nunca deixam os alunos escolherem a tarefa a realizar. Todavia, 146 (45,6%) dos inquiridos ensinam e ajudam os alunos a organizarem-se e 145 (45,3%) professores ajudam os alunos a atingirem as metas estabelecidas, o que vai ao encontro das boas práticas pedagógicas dadas pela literatura.

Para a verificação das hipóteses relacionadas com o conhecimento dos indivíduos sobre PHDA, procedeu-se à recodificação dos *scores* da *KADDS*, para facilitar a análise: a cada resposta correta atribuiu-se 1 ponto, às incorretas ou “não sei” atribuíram-se 0 (zero) pontos.

*H1: Há um efeito significativo da formação em PHDA no conhecimento sobre a perturbação, isto é, os professores com formação mais especializada na área têm mais conhecimentos sobre PHDA.*

A formação e a consequente exposição à informação sobre a PHDA têm sido associadas a maiores níveis de conhecimento sobre a perturbação (e.g. Alkahtani, 2013; Kos, 2004). Para analisarmos o conhecimento geral dos inquiridos em função da sua formação em PHDA, usámos o teste *One-way ANOVA* (ver Anexo 1– resultados testes *One-way ANOVA*). No sentido de facilitar a análise, concentrámos previamente em 3 grupos os tipos de formação em PHDA mas mostrou-se adequado usar o procedimento de *Gabriel* dado persistir uma diferença razoável nos tamanhos dos grupos/tipos de formação.

Os resultados mostraram que **há um efeito significativo da formação em PHDA no Conhecimento Global sobre a perturbação**,  $F(2,298) = 13.228$ ,  $p < .001$ ,  $\omega = .29$  portanto, os resultados confirmam a hipótese. As comparações múltiplas evidenciaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) no conhecimento sobre PHDA entre os docentes que não têm qualquer formação em PHDA e os que realizaram ações de formação contínua. Não se registaram diferenças significativas entre quem fez ações de formação contínua e mestrado/pós graduação.

Uma vez realizada a análise, efetuaram-se os testes de *follow-up*, seguindo-se as indicações da literatura (Field, 2013): a forma como definimos a variável dependente “formação em PHDA” não considerou diferenças quanto à carga horária total, nem de formato das ações de formação contínua em PHDA. Por esse motivo, optámos por não formular hipóteses específicas e executar procedimentos *Post hoc*, em detrimento de *contrastos planeados*. Recorremos ao procedimento de ajustamento de *Games-Howell* pois o teste de *Levene* mostrou não estar salvaguardado o pressuposto da homogeneidade da variância. Pela mesma razão, seguimos os conselhos de Field (2013) e efetuámos testes de robustez de igualdade de médias (*Welch e Brown-Forsythe*), cujos resultados foram significativos ( $p < .001$ ). Para controlar a quantidade de erro de Tipo I e dado o número (apenas 3) de grupos a comparar, introduzimos o fator de correção de *Bonferroni*.

Efetuámos a mesma análise através do *One-way ANOVA* para analisar o comportamento dos *scores* de conhecimento por subescala da *KADDS*. No caso das Informações Gerais e Tratamento, dadas as diferenças na dimensão dos grupos e a heterogeneidade da variância, repetiram-se os procedimentos acima descritos para o Conhecimento Global sobre PHDA.

Os resultados (ver Anexo 1) mostram não existirem diferenças significativas ( $p = .219$ ) no conhecimento sobre Informações Gerais, em função do nível de formação em PHDA dos professores. Pelo contrário, registam-se diferenças significativas ( $p < .001$ ) quando o conhecimento é sobre o “Tratamento”,  $F(2, 298) = 14.578$ ,  $\omega = .30$ , e sobre o Diagnóstico,  $F(2, 298) = 19.61$ ,  $\omega = .34$ . Tanto no primeiro caso como no segundo, são significativas ( $p < .001$ ) as diferenças entre quem não tem formação e quem fez ações de formação contínua e, ainda entre quem não tem e realizou mestrado/pós-graduação ( $p < .05$ ).

Parece-nos ainda de salientar a inexistência de diferenças significativas entre as ações de formação contínua e entre mestrado/pós-graduação da formação em PHDA, tanto nos *scores* globais como por subescala da *KADDS*.

Fomos ainda explorar a relação entre a formação em PHDA e as conceções erradas (respostas erradas) sobre a perturbação, através da correlação de *Spearman*: embora baixas, identificaram-se correlações significativas negativas entre a formação em PHDA e as conceções erradas globais, no âmbito dos Sintomas/Diagnóstico e do Tratamento (respetivamente,  $r = -.204$ ,  $r = -.237$  e  $r = -.210$ ,  $p < .01$ ). Em síntese, quem tem formação em PHDA erra menos ao nível global e ao nível específico dos Sintomas/Diagnóstico e Tratamento.

*H2: Há um efeito significativo de experiência prévia de trabalho pedagógico com crianças com PHDA no conhecimento sobre a perturbação, isto é, quanto maior o número de crianças que os professores trabalharam maior é o conhecimento sobre PHDA.*

Estudos têm confirmado o resultado de que a interação direta com crianças com PHDA está associada a um maior conhecimento sobre a perturbação (e.g. Sciutto et al, 2000; Alkahtani, 2013). Os trabalhos assentam no pressuposto que a interação implica o envolvimento com diferentes fontes de informação-chave relacionadas tanto com a sintomatologia e critérios de diagnóstico como com as medidas de intervenção.

Para medir a interação com crianças com PHDA, o nosso estudo inquiriu os sujeitos sobre o número de crianças com PHDA que lecionou nos últimos 5 anos. As 5 categorias (desde “nenhuma” até “mais de 7”) foram concentradas em 3 (nenhuma, entre 1 e 3, mais de 4) para efeitos de análise. Nas medidas descritivas, os intervalos são apresentados na íntegra.

Fomos então verificar se a nossa amostra corroborava os resultados dos estudos prévios sobre a relação entre experiência com crianças com PHDA e o conhecimento geral e específico sobre a problemática. Para o efeito, efetuámos um novo conjunto de testes One-way ANOVA (ver Anexo 1), para o Conhecimento Global e subescalas. Com exceção do conhecimento sobre Tratamento, onde se verificou o pressuposto da homogeneidade da variância, repetiram-se para as restantes duas subescalas os procedimentos usados na descrição da H1 (hipótese número 1).

Os resultados mostram um **efeito significativo da experiência prévia de trabalho com crianças com PHDA sobre o Conhecimento Global, Sintomas/Diagnóstico e Tratamento**, respetivamente:  $F(2,299) = 7,411, p = .001, \omega = .05$ ;  $F(2,299) = 4,152, p = .017, \omega = .03$ ;  $F(2,299) = 11,005, p < .001, \omega = .07$ .

O mesmo não se verifica ao nível dos scores das Informações Gerais uma vez que os resultados não são significativos ( $p > .05$ ).

*H3: Há uma relação significativa entre o tempo de serviço dos professores e os conhecimentos sobre PHDA, no sentido em que quem tem mais tempo de serviço (anos), tem mais conhecimentos global e específico sobre PHDA.*

Para facilitar a análise desta relação concentrámos os anos de atividade do docente em 4 grupos: - de 5 anos (grupo 1); 6 – 16 anos (grupo 2); 17 – 27 anos (grupo 3) e 28 – 38 anos (grupo 4).

Utilizámos a correlação de *Pearson* para explorar as relações entre o conhecimento (global e específico) dos professores e o tempo de serviço (anos). A hipótese 3 não se verificou, isto é, não há correlações significativas entre o tempo de serviço e o conhecimento, tanto no global como no específico.

O tempo de serviço dos professores tem sido associado a maiores níveis de conhecimento sobre PHDA em vários países (e.g. Scitutto et al., 2000, 2015). Assenta no pressuposto de que mais tempo de serviço está associado a mais conhecimento sobre PHDA, no entanto, os nossos resultados diferem.

*H4: Há uma relação significativa no sentido em que os professores com formação especializada na área utilizam com mais frequência estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

A formação específica em PHDA é importante não só para o conhecimento sobre a perturbação como também para a eficácia das estratégias utilizadas em sala de aula (Scitutto et al., 2000; Kos, 2004). Para verificarmos esta hipótese recorreremos à correlação de *Spearman*. Não se identificou correlações entre formação e as estratégias pedagógicas, tanto de Gestão de Comportamento como de Ensino-Aprendizagem.

Estudos como os de Martinussen et al. (2011) têm apresentado associações positivas entre a formação específica em PHDA, e a adequação das práticas pedagógicas de Gestão de Comportamento e de Ensino-Aprendizagem. Contudo, no nosso estudo não se verificou esta associação.

*H5: Há relação entre o tempo de serviço dos docentes e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

Utilizámos a correlação de *Pearson* para explorar as relações entre o tempo de serviço (anos) dos professores e as estratégias de Gestão de Comportamento e Ensino-Aprendizagem. Embora baixa, identificou-se uma correlação significativa negativa ( $r = -.251$ ,  $p < .01$ ) entre o tempo de serviço e as estratégias de Ensino-Aprendizagem recomendáveis. O mesmo não se verificou ao nível dos *scores* de Gestão de Comportamento, uma vez que os resultados não são significativos. No estudo original de Martinussen et al. (2011), os resultados foram semelhantes. A correlação entre o tempo de serviço e as estratégias de Ensino-Aprendizagem foi modesta e nula em relação ao tempo de serviço e Gestão de Comportamento.

*H6: Há relação entre a experiência prévia de trabalho com crianças com PHDA e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

Para verificar esta hipótese recorreremos à correlação de *Pearson*. Os nossos resultados não identificaram correlações entre a experiência prévia tanto nas estratégias de Gestão de Comportamento como nas de Ensino-Aprendizagem. Procurámos literatura para confrontar estes resultados mas, como Martinussen et al. (2011) e Blotnicky-Gallant (2014) reconhecem, há falta de estudos sobre a influência das características dos docentes (como a experiência prévia de trabalho com crianças com PHDA) e o uso recomendado de estratégias de Gestão de Comportamento e de Ensino-Aprendizagem.

*H7: Há relação entre o conhecimento (global e específico) sobre a perturbação e a utilização de estratégias adequadas de gestão de comportamento e de ensino-aprendizagem.*

Procurámos encontrar uma relação entre o conhecimento e práticas pedagógicas, algo que não conseguimos encontrar na literatura publicada em estudos em português. Através da correlação de *Spearman* verificámos a existência de correlações significativas e positivas, embora baixas, entre o Conhecimento Global ( $r=.233$ ,  $p <.01$ ), Sintomas/Diagnóstico ( $r=.236$ ,  $p <.01$ ) e a Gestão de Comportamento (Tabela 11). O mesmo não se verificou nos estudos de Blotnicky-Gallant et al. (2014) que não identificaram correlações significativas entre o conhecimento sobre PHDA e práticas pedagógicas.

Tabela 11 – Correlações entre subescalas da *KADDS* com as subescalas da *IBMAS*

KADDS \ IBMAS	Gestão de Comportamento	Ensino-Aprendizagem
Informações Gerais	.080	-.007
Sintomas/Diagnóstico	.236**	.191**
Tratamento	.186**	.181**
Conhecimento Global	.233**	.169**

\* Correlação significativa para  $p <.05$  (bidirecional)  
 \*\* Correlação significativa para  $p <.01$  (bidirecional)

## 2.7 - Limitações do estudo

Para realizarmos este trabalho enfrentámos alguns constrangimentos que podem eventualmente refletir-se nos resultados finais.

### *Constrangimentos sentidos durante a recolha de dados*

Alguns participantes mostraram-se pouco cooperantes devido a razões como: a falta de tempo; de vontade; de conhecimentos sobre PHDA ou simplesmente por nunca terem tido contacto com alunos com esta perturbação. Outros aspetos evidenciam alguma desconfiança em relação ao instrumento utilizado.

Eventualmente, estes aspetos podem ter influenciado a adesão ao questionário e em consequência a representatividade das respostas. Com efeito percebemos o

desconforto que alguns inquiridos manifestaram, na medida em que o instrumento provavelmente pode levar a um registo de avaliação.

#### *Limitações dos instrumentos utilizados*

A *KADDS* utiliza um formato de resposta de “Verdadeiro”, “Falso” e “Não Sei”, para se poder distinguir as conceções erradas do que não se sabe realmente. Uma resposta incorreta pode ser o resultado de uma crença mal formulada, contudo, este tipo de formato de respostas dá aos investigadores pouca informação sobre a confiança e a precisão das respostas relativamente aos conhecimentos dos inquiridos (Sciutto et al., 2015)

De acordo com Martinussen et al. (2011), os resultados das práticas pedagógicas previstas na *IBMAS*, podem apresentar discrepâncias relativamente ao que é respondido e ao que é observado nas salas de aula. Seria importante, para aumentar a validade preditiva do instrumento, confrontar os dados auto reportados com dados provenientes de outras fontes (e.g. observação direta; dados provenientes dos coordenadores pedagógicos).

A escassez de estudos publicados em Portugal, bem como a falta de utilização de procedimentos *cross-cultural* na adaptação dos instrumentos podem justificar as diferenças entre os resultados do nosso estudo e estudos efetuados noutros países (Sciutto et al., 2015; Ercikan & Lyons-Thomas, 2013). A educação, as diferenças sociais, culturais e económicas, podem conceder significados diferentes aos itens apresentados (Sciutto et al., 2015). A tradução da escala é apenas o primeiro passo no processo de adaptação de uma medida, depois é ainda necessário adaptar os itens à cultura dos países (Ercikan & Lyons-Thomas, 2013).

Para além da falta de estudos na língua portuguesa, a acessibilidade a estudos internacionais e a falta de bases bibliográficas foram outras limitações acrescidas, pois não existem no ISEC estes tipos de recursos.

## 2.8 - Conclusão e linhas para futuras investigações

A finalidade deste estudo foi identificar os conhecimentos dos docentes do 1.º CEB sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção designadamente no que diz respeito às características gerais da perturbação, à sintomatologia e procedimentos terapêuticos.

Os nossos estudos resultados coincidem com os obtidos quanto à relação entre o conhecimento e as variáveis formação em PHDA e experiência prévia com alunos com a perturbação. Tal como consultados (Sciutto et al., 2000; Kos, 2004), são fatores determinantes para as boas práticas dos docentes, na medida que aumentam a sua autoeficácia no ensino das crianças com esta perturbação. Em consequência, aumentará também a probabilidade da qualidade da sua intervenção educativa. Da mesma forma, o conhecimento de características de Informações Gerais e as variáveis demográficas não se identificou, o que também coincide com outros estudos (e.g. Sciutto et al., 2000; Kos, 2004).

Os professores da nossa amostra apresentaram mais conhecimentos sobre Sintomas/Diagnóstico do que sobre o Tratamento e as Informações Gerais, pois estes referem-se especificamente ao conhecimento sobre a etiologia, prevalência e tratamento da perturbação. Como sugere Barkley (1998), os docentes tendem a ter uma má compreensão deste tipo de informações e isso foi possível verificar no nosso trabalho.

Os resultados mostraram que a formação específica em PHDA é benéfica não só para o maior conhecimento sobre a perturbação, como também para a aplicação de estratégias adequadas para o processo de ensino-aprendizagem. Deste modo, os docentes com mais conhecimentos, resultantes de uma formação específica, podem ter mais recursos para uma intervenção pedagógica mais eficaz com crianças com esta perturbação. Tudo o que proporcionar aos professores partilhas de experiências aumenta o conhecimento sobre a perturbação. Como tal a promoção de competências e a disponibilidade para formações, por parte das instituições só irá trazer benefícios.

Conclusão, os professores do 1.º CEB precisam de mais conhecimentos e estratégias comportamentais para lidar com crianças com PHDA. Todavia, deverá ser feita mais investigação nesta área em Portugal, para comprovar os resultados. Seria interessante alargar o estudo a outras regiões, para se ter uma amostra representativa da população portuguesa e que esta fosse constituída por critérios de aleatorização. Seria

igualmente interessante comparar o nível de conhecimentos, perceções e estratégias dos professores no ensino público e privado. Para tal a adaptação instrumental típica de um estudo *cross-cultural*, passando por procedimentos estandardizados de tradução-retroversão, deverá ser feita.

Para complementar os resultados obtidos, com dados auto reportados, o estudo ficaria ainda mais completo com outra fonte de dados (e.g. observação direta).

## Referências Bibliográficas

- Alfano, A., Coutinho, G., & Vianna, R. (2008). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: quadro clínico, neuropsicologia e tratamento psicoterápico. In Sennyey, A., Capovilla, F., & Montiel, J. (Edição), *Transtornos de aprendizagem da avaliação à reabilitação*. São Paulo: Artes Médicas, 95–113.
- Alkahtani, K. (2013). Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 4(12), 963–969.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-II*. 2<sup>nd</sup> Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III*. 3<sup>rd</sup> Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*. 4<sup>th</sup> Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR*. 4.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-V*. 5.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos. Da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. 4.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Verso da Kapa.

- Alvarez, A. (2014). *Conhecimento, atitudes e crenças dos professores sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)*. Tese de mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus: Lisboa.
- Bambara, L. & Kern, L. (2005). *Individualized supports for students with problem behaviors*. New York: Guilford Press.
- Baptista, M., (2010). *Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto escolar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.
- Barkley, R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. 3.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 3<sup>rd</sup> Edition. New York: Guilford.
- Barkley, R. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para o diagnóstico e tratamento*. 3.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Blotnicky-Gallant, P., Martin, C., McGonnell, M. & Corkum, P. (2014). Nova Scotia Teachers' ADHD Knowledge, Beliefs, and Classroom Management Practices. *Canadian Journal of School Psychology*. Canada: SAGE Publications, 1-19.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Coleção Ciências da Educação*. Porto: Porto Editora.
- Brown T. (2000). *Attention – deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. 1<sup>st</sup> Edition. Wilson Boulevard: American Psychiatric Association Publishing.
- Bréjard, V. & Bonnet, A. (2008). *A hiperactividade na criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Cariano, A. (2010). *Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior: Covilhã.
- César, M. (2003). A Escola Inclusiva enquanto espaço-tempo de diálogo de Todos e para Todos. *Perspetivas sobre a inclusão: Da Educação à Sociedade*. In Rodrigues, D. (Edição). Porto: Porto Editora, 120 – 146.
- Chaves, E. (1999). *Hiperactividade e Dificuldade de Aprendizagem – Análise e Técnicas de recuperação*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro: Vila Real.
- Connors, C. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Cosme, P. & Trindade, R. (2002). *Manual de Sobrevivência para Professores*. Porto: Edições Asa.
- Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C. (2010). *Juntos no Desafio – Guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso.
- DuPaul, G. & Stoner, G. (2003). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. New York: Guildford Press.
- DuPaul, G. & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas – Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Encarnação, J. (2006). *Estudo das percepções de professores sobre a PHDA – Estudo piloto das percepções dos professores dos 1.º, 2.º, 3.º Ciclos e Secundário das Escolas de Santarém*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa: Lisboa.
- Ercikan, K. & Lyons-Thomas, J. (2013) Adapting tests for use in other languages and cultures. In Geisinger, K., Bracken, J., Hansen, J., Kuncel, N., Reise, S. & Rodriguez, M. (Editions), *APA Handbook of Testing and Assessment*

*in Psychology*, Washington DC: American Psychological Association, 545–569.

Falardeau, G. (1999). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. 4<sup>th</sup> edition. London: SAGE Publications.

Filipe, C. (2015). *Crescer e viver diferente*. Lisboa: Verso de Kapa.

Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 165–199.

Fonseca, A., Ulenberg, C. & Pinto, S. (2007). *Perspectiva desenvolvimental sobre o Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fonseca, A., Rebelo, J., Simões, A. & Ferreira, J. (1995). A relação entre comportamentos anti-sociais e problemas de hiperactividade no ensino básico: dados dum estudo empírico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 107–118.

Garcia, I. (2001). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Garcia, I. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.

Júlio, A. (2009). Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Kern, L., Gallagher, P., Starosta, K., Hickman, W. & George, M. (2006). Longitudinal outcomes of functional behavioral assessment – based intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8, 67–78.

- Kern, L., & Clemens, N. (2007). Antecedent strategies to promote appropriate classroom behavior. *Psychology in the Schools*. London: Sage Publications, 44(1), 65–75.
- Kos, J. (2004). *Primary school teachers' knowledge, attitudes and behaviours toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder*. Thesis for the degree of Doctor. RMIT University, Australia.
- Lino, T. (2005). *Distúrbio do Défice de Atenção*. Tese de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Tese de Doutoramento, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lorente, A. & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva: comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Porto: Edições ASA.
- Martinussen, R., Tannock, R. & Chaban, P. (2011). Teachers' Reported Use of Instructional and Behavior Management Practices for Students with Behavior Problems: Relationship to Role and Level of Training in ADHD. *Child Youth Care Forum*, 40, 193–210.
- Mertens D. (2015). *Research and Evaluation en Education and Psychology: Integrating Diversity With Quantitative, Qualitative, and Mixes Methods*. 4<sup>th</sup> edition. United States of America: SAGE Publications.
- Mirada, A., Presentación, M., & Soriano, M. (2002) Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35, 546-562.
- Moreira, P. (2008). *Ser professor: competências básicas...!*. Porto: Porto Editora.

- Moura, O. (2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção. *Revista Diversidades: à velocidade da luz*, 6(21), 4–9.
- Neto, A. & Equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção – As respostas que pais e professores procuram*. 3.ª Edição. Lisboa: Verso da Kapa.
- Neto, M. (2010). *TDAH. Transtorno de deficit de atenção/hiperactividade ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Um Guia Para Professores*. Porto: Porto Editora.
- Paasche, C., Gorril, L. & Strom, B. (2010). *Crianças com Necessidades Especiais em Contextos de Educação de Infância. Identificação, intervenção, inclusão*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1997). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Reid, R., & Maag, J. (1998). Functional assessment: A method for developing classroom- based accommodations and interventions for children with ADHD. *Reading & Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties*, 14, 9–42.
- Rodrigues, A. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Connors revistas (1997) no processo de avaliação da PHDA. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 12(1), 17–95.
- Rodrigues, A. (2006). Contributos para a utilização das Escalas de Connors revistas (1997) no processo de avaliação da PHDA – Parte II – Diferenças entre professores e pais no processo de referência e avaliação. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 13, 7–20.

- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. *Revista Diversidade: À Velocidade da Luz*, 21, 9–18.
- Schweizer, C. & Prekop, J. (1997). *Crianças hiperactivas*. Porto: Ambar.
- Schweizer, C. & Prekop, J. (2001). *Crianças hiperactivas – Porque é que uma criança é inquieta e agitada? – Um livro para restituir a tranquilidade à família*. Porto: Ambar.
- Sciutto, M., Terjesen, M. & Frank, A. (2000). Teacher’s Knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37(2), 113-122.
- Sciutto, M., Terjesen, M., Michalová, A., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N., Lee, J. & Alkahtani, K. (2015). Cross-National Comparisons of Teachers Knowledge and Misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(1), 34 – 50.
- Shelikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperatividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Silva, A. (2003). *Mentes inquietas. Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Editora Gente.
- Simão, S. (2013). *Os conhecimentos, percepções, e estratégias dos docentes do 1.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA*. Manuscrito não publicado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Simonsen, B., Sugai, G & Negron, M. (2008) Schoolwide Positive Behavior Supports – Primary Systems and Practices. *Teaching Exceptional Children*, 40, 32–40.
- Small, S. (2003). *Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder: General Education Elementary School Teachers’ Knowledge, Training, and Ratings of Acceptability of Interventions*. Thesis for the degree of Education Specialist, University of South Florida: Florida.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.

Vijver, F. & Leung, K. (2000). Methodological issues in psychological research on culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 33–51.

Zentall, S. (1993). Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 60, 143–153.

Zentall, S. & Javorsky, J. (2007). Professional development for teachers of students with ADHD and characteristics of ADHD. *Behavioral Disorders*, 32, 78-93.

## **Webgrafia**

Diário da República. (2008). *Decreto – Lei n.º 3/2008* [on-line], [http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/?newsId=1530&fileName=decreto\\_lei\\_3\\_2008.pdf](http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/?newsId=1530&fileName=decreto_lei_3_2008.pdf) [consultado em 29-10-2015].

## Anexos

### Anexo 1 – Resultados dos testes One Way-ANOVA (outputs do IBM SPSS)

#### a) Formação em PHDA e Conhecimento Global

##### Test of Homogeneity of Variances

Sum\_CONHECIMENTO\_GERAL

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,358	2	298	,036

##### ANOVA

Sum\_CONHECIMENTO\_GERAL

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	370,771	2	185,385	13,228	,000
Within Groups	4176,412	298	14,015		
Total	4547,183	300			

##### Robust Tests of Equality of Means

Sum\_CONHECIMENTO\_GERAL

	Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Welch	14,957	2	58,277	,000
Brown-Forsythe	14,856	2	80,224	,000

a. Asymptotically F distributed.

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Sum\_CONHECIMENTO\_GERAL

	(I) F_PHDA3	(J) F_PHDA3	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Bonferroni	1	2	-2,33025 <sup>*</sup>	,47418	,000
		3	-2,04398 <sup>*</sup>	,84427	,048
	2	1	2,33025 <sup>*</sup>	,47418	,000
		3	,28627	,88664	1,000
	3	1	2,04398 <sup>*</sup>	,84427	,048
		2	-,28627	,88664	1,000
Gabriel	1	2	-2,33025 <sup>*</sup>	,47418	,000
		3	-2,04398 <sup>*</sup>	,84427	,022
	2	1	2,33025 <sup>*</sup>	,47418	,000
		3	,28627	,88664	,981
	3	1	2,04398 <sup>*</sup>	,84427	,022
		2	-,28627	,88664	,981
Games-Howell	1	2	-2,33025 <sup>*</sup>	,43350	,000
		3	-2,04398	,82963	,051
	2	1	2,33025 <sup>*</sup>	,43350	,000
		3	,28627	,83533	,937
	3	1	2,04398	,82963	,051
		2	-,28627	,83533	,937

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Sum\_CONHECIMENTO\_GERAL

	(I) F_PHDA3	(J) F_PHDA3	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Bonferroni	1	2	-3,4719 <sup>*</sup>	-1,1886
		3	-4,0766 <sup>*</sup>	-,0113

Gabriel	2	1	1,1886*	3,4719
		3	-1,8484	2,4209
	3	1	,0113*	4,0766
		2	-2,4209	1,8484
	1	2	-3,4530*	-1,2075
		3	-3,8662*	-,2218
	2	1	1,2075*	3,4530
		3	-1,7242	2,2967
	3	1	,2218*	3,8662
		2	-2,2967	1,7242
	1	2	-3,3526*	-1,3079
		3	-4,0982	,0102
Games-Howell	2	1	1,3079*	3,3526
		3	-1,7794	2,3519
	3	1	-,0102	4,0982
		2	-2,3519	1,7794

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Sum\_CONHECIMENTO\_GERAL**

F_PHDA3	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
1	185	13,6378	
Gabriel <sup>a,b</sup> 3	22		15,6818
2	94		15,9681
Sig.		1,000	,974

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 48,782.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

*b) Formação em PHDA e conhecimentos sobre Tratamento e Informações Gerais*

**Test of Homogeneity of Variances**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Sum_INFORM	1,240	2	298	,291
Sum_TRAT	1,686	2	298	,187

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Sum_INFORM	Between Groups	12,131	2	6,065	1,528	,219
	Within Groups	1182,879	298	3,969		
	Total	1195,010	300			
Sum_TRAT	Between Groups	116,423	2	58,212	14,578	,000
	Within Groups	1189,936	298	3,993		
	Total	1306,359	300			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Sum_INFORM	Welch	2,141	2	61,210	,126
	Brown-Forsythe	1,834	2	123,592	,164
Sum_TRAT	Welch	15,626	2	58,966	,000
	Brown-Forsythe	16,632	2	91,483	,000

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable	(I) F_PHDA3	(J) F_PHDA3	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	
Sum_INFORM	Bonferroni	1	2	-,19011	,25236	1,000
		1	3	,63194	,44931	,482

		1	,19011	,25236	1,000
	2	3	,82205	,47186	,248
		1	-,63194	,44931	,482
	3	2	-,82205	,47186	,248
		2	-,19011	,25236	,835
	1	3	,63194	,44931	,408
		1	,19011	,25236	,835
Hochberg	2	3	,82205	,47186	,227
		1	-,63194	,44931	,408
	3	2	-,82205	,47186	,227
		2	-1,22329*	,25311	,000
	1	3	-1,47764*	,45065	,003
		1	1,22329*	,25311	,000
Bonferroni	2	3	-,25435	,47327	1,000
		1	1,47764*	,45065	,003
	3	2	,25435	,47327	1,000
Sum_TRAT		2	-1,22329*	,25311	,000
	1	3	-1,47764*	,45065	,003
		1	1,22329*	,25311	,000
Hochberg	2	3	-,25435	,47327	,931
		1	1,47764*	,45065	,003
	3	2	,25435	,47327	,931

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) F_PHDA3	(J) F_PHDA3	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Sum_INFORM	Bonferroni	1	2	-,7977	,4175
			3	-,4498	1,7137
		2	1	-,4175	,7977



**ANOVA**

Sum\_DIAGN

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	68,525	2	34,263	19,614	,000
Within Groups	520,565	298	1,747		
Total	589,090	300			

**Robust Tests of Equality of Means**

Sum\_DIAGN

	Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Welch	22,283	2	60,128	,000
Brown-Forsythe	24,821	2	96,908	,000

a. Asymptotically F distributed.

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Sum\_DIAGN

(I) F_PHDA3	(J) F_PHDA3	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval
					Lower Bound
Bonferroni	1 2	-,91685 <sup>+</sup>	,16741	,000	-1,3199
	1 3	-1,19828 <sup>+</sup>	,29807	,000	-1,9159
	2 1	,91685 <sup>+</sup>	,16741	,000	,5138
	2 3	-,28143	,31303	1,000	-1,0351
	3 1	1,19828 <sup>+</sup>	,29807	,000	,4807
	3 2	,28143	,31303	1,000	-,4722
Hochberg	1 2	-,91685 <sup>+</sup>	,16741	,000	-1,3188
	1 3	-1,19828 <sup>+</sup>	,29807	,000	-1,9139
	2 1	,91685 <sup>+</sup>	,16741	,000	,5149
	2 3	-,28143	,31303	,748	-1,0329

3	1	1,19828*	,29807	,000	,4827
	2	,28143	,31303	,748	-,4701

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Sum\_DIAGN

(I) F_PHDA3		(J) F_PHDA3	95% Confidence Interval
			Upper Bound
Bonferroni	1	2	-,5138*
		3	-,4807*
		1	1,3199*
	2	3	,4722
		1	1,9159*
		2	1,0351
Hochberg	1	2	-,5149*
		3	-,4827*
		1	1,3188*
	2	3	,4701
		1	1,9139*
		2	1,0329

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

*d) Experiência prévia com crianças com PHDA e conhecimento sobre Tratamento e Informações Gerais*

**Test of Homogeneity of Variances**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
INFORM	,669	2	299	,513
DIAGN	2,482	2	299	,085
TRAT	3,594	2	299	,029
Sum_CONHECIMENTO_Global	1,806	2	299	,166

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square
INFORM	Between Groups	1,639	2	,820
	Within Groups	1208,533	299	4,042
	Total	1210,172	301	
DIAGN	Between Groups	15,984	2	7,992
	Within Groups	575,608	299	1,925
	Total	591,593	301	
TRAT	Between Groups	89,575	2	44,788
	Within Groups	1216,812	299	4,070
	Total	1306,387	301	
Sum_CONHECIMENTO_Global	Between Groups	215,055	2	107,528
	Within Groups	4338,282	299	14,509
	Total	4553,338	301	

**ANOVA**

		F	Sig.
INFORM	Between Groups	,203	,817
	Within Groups		
	Total		
DIAGN	Between Groups	4,152	,017
	Within Groups		
	Total		
TRAT	Between Groups	11,005	,000
	Within Groups		
	Total		
Sum_CONHECIMENTO_Global	Between Groups	7,411	,001
	Within Groups		
	Total		

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
INFORM	Welch	,221	2	148,387	,802
	Brown-Forsythe	,205	2	228,155	,815
DIAGN	Welch	3,172	2	136,294	,045
	Brown-Forsythe	3,678	2	170,339	,027
TRAT	Welch	8,812	2	135,936	,000
	Brown-Forsythe	9,906	2	187,635	,000
Sum_CONHECIMENTO_Global	Welch	6,211	2	139,483	,003
	Brown-Forsythe	6,890	2	194,079	,001

a. Asymptotically F distributed.

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval			
						a_PHDA	a_PHDA	Lower Bound	Upper Bound
						3	3		
INFORM	Bonferroni	1	2	-,17472	,30387	1,000	-,9063	,5569	
			3	-,19558	,33654	1,000	-1,0058	,6147	
		2	1	,17472	,30387	1,000	-,5569	,9063	
			3	-,02086	,27033	1,000	-,6717	,6300	
		3	1	,19558	,33654	1,000	-,6147	1,0058	
			2	,02086	,27033	1,000	-,6300	,6717	
	Gabriel	1	2	-,17472	,30387	,912	-,8858	,5364	
			3	-,19558	,33654	,915	-1,0006	,6094	
		2	1	,17472	,30387	,912	-,5364	,8858	
			3	-,02086	,27033	1,000	-,6630	,6213	
		3	1	,19558	,33654	,915	-,6094	1,0006	
			2	,02086	,27033	1,000	-,6213	,6630	
Games-	1	2	-,17472	,28910	,818	-,8611	,5117		

DIAGN	Howell	3	-1,9558	,33226	,826	-,9828	,5916	
		1	,17472	,28910	,818	-,5117	,8611	
		2	3	-,02086	,27959	,997	-,6820	,6403
		3	1	,19558	,33226	,826	-,5916	,9828
		2	,02086	,27959	,997	-,6403	,6820	
		1	2	-,47827	,20971	,070	-,9832	,0266
		3	3	-,65478 <sup>+</sup>	,23226	,015	-1,2140	-,0956
		1	1	,47827	,20971	,070	-,0266	,9832
		2	3	-,17652	,18656	1,000	-,6257	,2726
		3	1	,65478 <sup>+</sup>	,23226	,015	,0956	1,2140
	Bonferroni	2	3	,17652	,18656	1,000	-,2726	,6257
		1	2	-,47827	,20971	,059	-,9690	,0125
		3	3	-,65478 <sup>+</sup>	,23226	,015	-1,2103	-,0992
		1	1	,47827	,20971	,059	-,0125	,9690
		2	3	-,17652	,18656	,711	-,6197	,2667
		3	1	,65478 <sup>+</sup>	,23226	,015	,0992	1,2103
		1	2	,17652	,18656	,711	-,2667	,6197
		3	2	-,47827	,24122	,122	-1,0533	,0968
		1	3	-,65478 <sup>+</sup>	,25957	,035	-1,2717	-,0379
		2	1	,47827	,24122	,122	-,0968	1,0533
Games- Howell	2	3	-,17652	,17510	,573	-,5905	,2374	
	3	1	,65478 <sup>+</sup>	,25957	,035	,0379	1,2717	
	1	2	,17652	,17510	,573	-,2374	,5905	
	3	2	-1,30397 <sup>+</sup>	,30491	,000	-2,0380	-,5699	
	1	3	-1,43195 <sup>+</sup>	,33769	,000	-2,2450	-,6189	
	2	1	1,30397 <sup>+</sup>	,30491	,000	,5699	2,0380	
	3	3	-,12798	,27125	1,000	-,7810	,5251	
	1	1	1,43195 <sup>+</sup>	,33769	,000	,6189	2,2450	
	2	2	,12798	,27125	1,000	-,5251	,7810	
	3	2	-1,30397 <sup>+</sup>	,30491	,000	-2,0175	-,5904	
TRAT	Gabriel	1	3	-1,43195 <sup>+</sup>	,33769	,000	-2,2397	-,6242

		1	1,30397 <sup>+</sup>	,30491	,000	,5904	2,0175
	2	3	-,12798	,27125	,951	-,7723	,5164
		1	1,43195 <sup>+</sup>	,33769	,000	,6242	2,2397
	3	2	,12798	,27125	,951	-,5164	,7723
		2	-1,30397 <sup>+</sup>	,33143	,000	-2,0936	-,5144
	1	3	-1,43195 <sup>+</sup>	,37185	,001	-2,3143	-,5496
		1	1,30397 <sup>+</sup>	,33143	,000	,5144	2,0936
	Games- Howell	2	-,12798	,26933	,883	-,7652	,5092
		1	1,43195 <sup>+</sup>	,37185	,001	,5496	2,3143
	3	2	,12798	,26933	,883	-,5092	,7652
		2	-1,95695 <sup>+</sup>	,57573	,002	-3,3430	-,5709
	1	3	-2,28231 <sup>+</sup>	,63763	,001	-3,8174	-,7472
		1	1,95695 <sup>+</sup>	,57573	,002	,5709	3,3430
	Bonferroni	2	-,32536	,51217	1,000	-1,5584	,9077
		1	2,28231 <sup>+</sup>	,63763	,001	,7472	3,8174
	3	2	,32536	,51217	1,000	-,9077	1,5584
		2	-1,95695 <sup>+</sup>	,57573	,002	-3,3042	-,6097
	1	3	-2,28231 <sup>+</sup>	,63763	,001	-3,8075	-,7571
		1	1,95695 <sup>+</sup>	,57573	,002	,6097	3,3042
Sum_CONHECIMENT O_Global	Gabriel	2	-,32536	,51217	,890	-1,5420	,8913
		1	2,28231 <sup>+</sup>	,63763	,001	,7571	3,8075
	3	2	,32536	,51217	,890	-,8913	1,5420
		2	-1,95695 <sup>+</sup>	,61819	,006	-3,4286	-,4853
	1	3	-2,28231 <sup>+</sup>	,68239	,003	-3,9017	-,6629
		1	1,95695 <sup>+</sup>	,61819	,006	,4853	3,4286
	Games- Howell	2	-,32536	,50276	,794	-1,5142	,8635
		1	2,28231 <sup>+</sup>	,68239	,003	,6629	3,9017
	3	2	,32536	,50276	,794	-,8635	1,5142

**INFORM**

a_PHDA3	N	Subset for alpha = 0.05
		1
1	61	4,9672
2	155	5,1419
3	86	5,1628
Sig.		,890

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 87,025.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**DIAGN**

a_PHDA3	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
1	61	4,1475	
2	155	4,6258	4,6258
3	86		4,8023
Sig.		,069	,786

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 87,025.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**TRAT**

a_PHDA3	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
1	61	3,7541	
2	155		5,0581
3	86		5,1860
Sig.		1,000	,966

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 87,025.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Sum\_CONHECIMENTO\_Global**

a_PHDA3	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
1	61	12,8689	
2	155		14,8258
3	86		15,1512
Sig.		1,000	,922

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 87,025.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Notes**

Output Created	22-JUL-2016 19:47:39
Comments	
Input	C:\Users\acfreitas\Dropbox\rita_valido\data_15jul_2grupos.sav
	DataSet1

	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	302
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis.
Syntax		ONEWAY TRAT BY a_PHDA3
		/STATISTICS        DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE WELCH
		/PLOT MEANS
		/MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,16
	Elapsed Time	00:00:00,20

**Descriptives**

TRAT

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1	61	3,7541	2,31413	,29629	3,1614	4,3468
2	155	5,0581	1,84897	,14851	4,7647	5,3514
3	86	5,1860	2,08361	,22468	4,7393	5,6328
Total	302	4,8311	2,08330	,11988	4,5952	5,0670

**Descriptives**

TRAT

	Minimum	Maximum
1	,00	8,00
2	,00	9,00
3	1,00	9,00
Total	,00	9,00

**Test of Homogeneity of Variances**

TRAT

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,594	2	299	,029

**ANOVA**

TRAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	89,575	2	44,788	11,005	,000
Within Groups	1216,812	299	4,070		
Total	1306,387	301			

**Robust Tests of Equality of Means**

TRAT

	Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Welch	8,812	2	135,936	,000
Brown-Forsythe	9,906	2	187,635	,000

a. Asymptotically F distributed.

## **Anexo 2 – Inquérito por questionário**

## Anexo 3 – Respostas ao questionário

### Parte 1

#### A. Informações Gerais:

- 
- <sup>1</sup> A maioria das estimativas sugere que a PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar. [F]
- <sup>2</sup> As crianças com PHDA colaboram mais com os meus pais do que com as suas mães. [V]
- <sup>3</sup> A PHDA está mais presente nas crianças cujo pai ou mãe também tenha esta perturbação. [V]
- <sup>4</sup> É possível diagnosticar a PHDA num adulto. [V]
- <sup>5</sup> Os sintomas de depressão são mais frequentemente detetados em crianças com PHDA do que em crianças sem PHDA. [V]
- <sup>6</sup> O diagnóstico da PHDA, por si só, justifica a colocação da criança sob medidas de ensino especial. [F]
- <sup>7</sup> As crianças com PHDA apresentam mais problemas em situações novas do que em situações familiares. [F]
- <sup>8</sup> Existem traços específicos que podem ser identificados pelo médico (por exemplo, o pediatra) para o diagnóstico definitivo da PHDA. [F]
- <sup>9</sup> Em crianças de idade escolar a prevalência do diagnóstico de PHDA é semelhante no sexo masculino e feminino. [F]
- <sup>10</sup> Em crianças muito pequenas (abaixo dos 4 anos de idade), os problemas comportamentais da PHDA (hiperatividade e desatenção) distinguem-se facilmente das crianças da mesma idade sem PHDA. [F]
- <sup>11</sup> As crianças com PHDA em comparação com crianças sem PHDA, são mais facilmente identificadas em situação de sala de aula do que em situação de jogo livre. [V]
- <sup>12</sup> A maioria das crianças com PHDA apresenta algum tipo de dificuldade de prestação académica escolar. [V]

#### B. Sintomas/Diagnóstico:

- 
- <sup>1</sup> As crianças com PHDA distraem-se facilmente devido a estímulos externos. [V]

<sup>2</sup> Para ser diagnosticado PHDA os sintomas da criança devem ter estado presentes antes dos 7 anos de idade. [V]

<sup>3</sup> Um dos sintomas das crianças com PHDA é que estas são fisicamente cruéis com as outras pessoas. [F]

<sup>4</sup> As crianças com PHDA não conseguem estar quietas quando estão sentadas. [V]

<sup>5</sup> Frequentemente, as crianças com PHDA têm baixa autoestima. [V]

<sup>6</sup> Frequentemente, as crianças com PHDA têm uma história pessoal de roubar e destruir objetos dos outros. [F]

<sup>7</sup> Para um diagnóstico de PHDA a criança deve apresentar sintomas em mais do que um contexto de vida (por exemplo, casa e escola). [V]

### **C. Tratamento:**

---

<sup>1</sup> A pesquisa atual sugere que a PHDA é em grande parte o resultado de competências parentais ineficazes. [F]

<sup>2</sup> Os medicamentos têm sido eficazes na redução dos sintomas para muitas crianças com PHDA. [V]

<sup>3</sup> A intervenção parental e a intervenção do professor são geralmente eficazes quando combinadas com a medicação específica. [V]

<sup>4</sup> É raro existir uma recaída quando se termina o tratamento de uma criança com PHDA ao nível dos sintomas. [F]

<sup>5</sup> Os efeitos secundários da administração de medicamentos para a PHDA podem incluir uma ligeira insónia e perda de apetite. [V]

<sup>6</sup> A psicoterapia individual, geralmente, é suficiente para a intervenção com crianças com PHDA. [F]

<sup>7</sup> Os medicamentos estimulantes são a forma mais utilizada na intervenção da PHDA. [V]

<sup>8</sup> A terapia electroconvulsiva (tratamento por choques) tem demonstrado eficácia na melhoria de sintomas graves da PHDA. [F]

<sup>9</sup> Os tratamentos para a PHDA que incidem, principalmente, sobre a punição, foram classificados como sendo os mais eficazes na redução de sintomas de PHDA. [F]