



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

As crenças e práticas dos professores com os alunos com
hiperatividade

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
da Educação**

Eva Rosângela Monteiro Rodrigues



FACULDADE DE FILOSOFIA
JUNHO 2014



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

As crenças e práticas dos professores com os alunos com
hiperatividade

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
da Educação**

Eva Rosângela Monteiro Rodrigues

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Paulo Dias**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JUNHO 2014

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, que me deu força e coragem para ultrapassar as barreiras encontradas durante a realização deste trabalho. Nas minhas angústias sempre sorriu para mim permitindo acreditar que tudo é possível.

Ao meu orientador por ter a sabedoria, paciência e capacidade de me orientar neste projeto e ter acreditado em mim. A todos os meus professores da Faculdade que direta ou indiretamente ajudaram para concretização deste projeto.

Às pessoas mais importante para mim dedico este projecto: aos meus pais e um obrigado especial, também aos meus irmãos, à minha família, meus melhores amigos, meus amigos e conhecidos que também contribuíram para realização deste projeto. Tenho que agradecer a todos os professores do ensino básico que contribuíram no projeto, às escolas que aceitaram o meu pedido.

Em geral tenho que agradecer a todos que contribuíram direta e indiretamente para concretização do meu objetivo. Não tenho palavras certas para dizer um Obrigado.

Resumo

A Hiperatividade/Défice de Atenção é uma perturbação que pode afetar as crianças e adolescentes, podendo continuar na idade adulta. Esta perturbação apresenta como consequência, dificuldades em manter atenção numa tarefa, dificuldades de comportamento ou na convivência social, tendo como consequência o menor rendimento escolar de um aluno. Para o seu acompanhamento e sucesso escolar, os professores são considerados atores essenciais. Por esta razão, este estudo tem como objetivo explorar as crenças dos professores sobre a hiperatividade e as práticas utilizadas na sala de aula. Para a realização do estudo utilizou-se uma metodologia quantitativa, com a aplicação de questionários para professores que já tiveram, ou não, experiência com alunos com hiperatividade. Como resultado do estudo, percebemos que os professores que possuem mais conhecimento sobre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção têm práticas mais ajustadas na sala de aula para captar a atenção dos alunos e contribuir para o rendimento académico. Constatou-se que a falta de informação dos professores sobre a PHDA é um componente que pode dificultar as estratégias dos professores na gestão da sala de aula quando tem um aluno com hiperatividade no grupo, portanto um professor que possui poucos conhecimentos sobre o assunto ao tentar ampliar o seu conhecimento na área contribuiu para o desempenho do seu aluno.

Palavras-chave: Hiperatividade/Défice de Atenção, relação professor/aluno, crenças dos professores sobre PHDA, Gestão da sala de aula

Abstract

The Hyperactivity / Attention Deficit is a disorder that can affect children and adolescents or continue into adulthood. This condition presents as a consequence, the difficulty sustaining attention in task or behavior difficulties in social interaction, resulting in the lowest academic performance of a student. To do this, teachers are considered important to the process of adaptation and academic success of students actors. Therefore this study aims to explore the relationship between teachers' beliefs about and practices exercised hyperactivity in the classroom. To conduct the study used a quantitative methodology with the use of questionnaires for teachers who have had, or not, experience with students with hyperactivity. As a result of the study, we noticed that teachers who have more knowledge about Hyperactivity Disorder and Attention Deficit most have adjusted practices in class room to capture the attention of students and contribute to academic performance. It appears that the lack of information for teachers about ADHD is a component that can hinder teachers ' strategies in managing the classroom when a student with hyperactivity in the group , so a teacher who have little knowledge on the subject to try broaden your knowledge in the area contributed to the performance of their students .

Keywords: Hyperactivity/Attention Deficit, teacher/student relationship, teachers' beliefs about ADHD Classroom Management.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Índice	iv
Índice de Tabelas.....	vi
Introdução	1
CAPITULO 1- Caraterização da PHDA.....	3
1.1 Revisão da Literatura: História da Hiperatividade com Défice de Atenção 4	
1.2 Efeitos da Hiperatividade na Aprendizagem	6
1.3 Características e Diagnóstico.....	7
1.4 Prevalência.....	10
1.5 Evolução e Tratamento.....	11
CAPITULO 2- A Hiperatividade no Contexto Educativo	15
2.1 A PHDA no Contexto Escolar	16
2.2 O Papel dos Professores de Alunos com PHDA na Sala de Aula	18
2.3 Relação Professor/Aluno na Sala de Aula.....	19
2.4 O Rendimento Académico das Crianças com PHDA	21
2.5 Perceções dos Professores sobre a PHDA.....	22
CAPITULO 3- Enquadramento da investigação	27
3.1 Objetivos da investigação.....	28
3.2 Hipóteses	28

3.3	Amostra	29
3.4	Instrumentos.....	31
3.5	Procedimento	32
3.6	Resultados.....	32
3.7	Discussão	47
	Conclusão.....	55
	Referencias Bibliográficas	57
	Anexo.....	1

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características da amostra.	31
Tabela 2: Estatísticas descritivas dos itens.	34
Tabela 3: Frequências dos itens.	36
Tabela 4: Estatística descritiva dos itens. (continua).....	38
Tabela 5: Crenças em função do género.....	39
Tabela 6: Crenças em função da idade e ano do serviço.	40
Tabela 7: Crenças em funções do nível académico que leciona.	40
Tabela 8: Crenças em função da experiencia com criança hiperativos.	40
Tabela 9:Crenças em função das variáveis (com quantos alunos hiperativos trabalhou, alunos medicados).	41
Tabela 10: Crenças em função da formação sobre a hiperatividade.	41
Tabela 11: Crenças em função do trabalho no ensino	41
Tabela 12: Correlação entre as crenças e práticas, entres as crenas e eficácia das práticas. (continua).....	43
Tabela 13: Relação entre uso das práticas e a sua eficácia. (continua)	45

Introdução

Atualmente uma das maiores preocupações das escolas encontra-se em dar respostas às dificuldades de aprendizagem e às características dos alunos. Tentar cumprir os objetivos da escola e fazer com que os alunos alcancem o sucesso é a principal finalidade de todas as escolas e professores. Portanto, uma das inquietações das escolas são os comportamentos dos alunos, devido a falta de interesse, o mau comportamento ou as dificuldades em controlar o comportamento, que podem provocar o insucesso escolar.

Tendo em consideração estas questões, neste trabalho pretende-se estudar uma das patologias que são encontradas com mais frequência nas escolas e que, como consequência, pode provocar dificuldades de aprendizagem dos alunos. Está-se a falar da Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção, uma das principais problemáticas desta faixa. A presente pesquisa procura conhecer melhor, para orientar sobre a Hiperatividade com défice de atenção, a todos os que diretamente ou indiretamente estão envolvidos com a problemática (pais, professores, familiares entre outros). Assim sendo, apresenta-se a contribuição com o propósito de ajudar a dar resposta às dúvidas sentidas pelas escolas.

O despertar do interesse sobre esta temática deve-se ao facto de percebermos que a hiperactividade com défice de atenção é uma realidade bastante conhecida nas escolas e nos estudos do campo científico. Esta perturbação, segundo alguma literatura, é muitas vezes confundida com os comportamentos impulsivos dos alunos ditos “normais”. Nos últimos anos, têm sido feito vários estudos sobre esta perturbação, mas também tem havido muitas críticas por causa das suas características serem semelhantes aos das crianças que não possuem a problemática.

Hoje em dia, muitas escolas têm alunos que sofrem desta perturbação. O comportamento e o relacionamento dos professores para com estes alunos podem ser essenciais importantes para o seu desenvolvimento pessoal e académico. Se os professores tiverem um conhecimento adequado sobre a perturbação e souberem utilizar as técnicas para lidar com estes alunos na sala de aula, podem ter mais facilidade em concentrar os discentes nos conteúdos das aulas e promover a aprendizagem. Uma das razões que impulsaram esta pesquisa é o fato de perceber o crescente número de crianças com a perturbação hiperatividade e défice de atenção nas salas de aula e o sofrimento dos professores em dar maior atenção a estes alunos. Acredita-se que a

possibilidade de criar uma melhor relação entre os professores e os alunos, fazendo com que os professores conheçam melhor sobre a PHDA e utilizem estratégias adequadas para minimizar tais dificuldades, tanto para o professor como para os alunos. Posto isto, pode-se dizer que este estudo tem como finalidade relacionar as crenças dos professores sobre a hiperatividade com as práticas utilizadas na sala de aula para captar a atenção dos alunos com hiperatividade.

Com este trabalho pretende-se auxiliar os professores a saber lidar com os alunos com hiperatividade na sala de aula, por isso, as temáticas desenvolvidas nesta dissertação são: o conceito histórico da Hiperatividade, o efeito da hiperatividade na aprendizagem, as características, o diagnóstico, a prevalência, a evolução e o tratamento da mesma. O segundo ponto focaliza a PHDA no contexto escolar, o papel dos professores de alunos com PHDA na sala de aula, relação professor aluno na sala de aula, o rendimento académico das crianças com PHDA e percepção dos professores sobre a PHDA. Na parte prática são apresentados a metodologia em que a pesquisa passou e análise dos dados, os resultados, a discussão e, por último, a conclusão do trabalho.

CAPITULO 1- Caracterização da PHDA

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), não só está incluída nos problemas mais investigados, como também é um dos mais questionáveis distúrbios que pode afetar o desenvolvimento da criança. Nos últimos anos tem ganhado muita importância no campo educacional, tendo sido reconhecida não só pelos médicos, mas também pelos profissionais da educação, uma vez que são cada vez mais os alunos com PHDA e que exigem uma formação específica para as pessoas que contactam com estas crianças. Assim, os professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e, naturalmente, os pais têm vindo a dedicar mais atenção e interesse a um problema que os têm colocado várias vezes em situações de desafio.

Agitações, impulsividade, inquietude, desorganização, imaturidade, irresponsabilidade, relacionamento social pobre, dificuldade na conveniência social, problemas de aprendizagem, falta de persistência, preguiça são apenas algumas características com frequência atribuídas a estas crianças. Crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com PHDA são frequentemente rotulados de “problemáticos” ou “irresponsáveis” (Lopes, 2004). Levando em consideração estas informações, pode dizer-se que, muitas vezes, as crianças com PHDA encontram-se numa situação familiar, social, escolar e emocional, muito complexa, ou seja são incompreendidas. Normalmente, os pais e os professores que lidam com estas crianças sentem dificuldades, uma vez que poucos deles estão preparados, ou procuram informação para enfrentar o problema e controlar as suas consequências. No sentido de conhecer um pouco sobre esta perturbação, ao longo deste capítulo iremos refletir sobre as características de Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção, a sua história, principais características, o seu diagnóstico, evolução, prevalência e, por último, o tratamento.

1.1 Revisão da Literatura: História da Hiperatividade com Déficit de Atenção

A literatura revela que o Still (1902, cit in Lopes, 1998) foi o primeiro a identificar a síndrome que atualmente é conhecida como PHDA, referindo que este tipo de problemática surgiu no final do século XIX na Europa. As primeiras designações dos sintomas surgidas neste tipo de perturbações encontram-se em vários estudos realizados em Irlanda, Inglaterra ou na França. A hiperatividade era vista como um sintoma dos atrasos mentais, de crianças muito instáveis com falta de atenção e descoordenação motora excessiva (Barkley, 2008 cit in Ramos, 2012). Foi conhecida durante o séc. XIX e XX, por vários nomes, e entre elas estão: “encefalite letárgica”, “dano cerebral mínimo”, “disfunção cerebral mínima”, “hipercinesia”, “doença do déficit de atenção”, e “transtorno de déficit de atenção com hiperatividade”. Cada uma dessas designações de doenças possui um conjunto de sintomas similares que os descrevem como problema da infância, ou seja, são consideradas como doenças infantil. Alguns dos sintomas mais notados e encontrados em todos esses nomes são: baixo desempenho acadêmico, agitação, comportamentos violentos, incapacidades de completar tarefas, distúrbios nos padrões de sono e esquecimento (Rafavich, 2001 cit in Brzozowski, Brzozowski & Caponi, 2010).

De acordo com Lontiev, 1994, Perturbação de Déficit de Atenção com Hiperatividade, é o nome dado a uma síndrome neurobiológica, descoberta pelo psiquiatra alemão Heinrich Hoffman e foi descrita pela primeira vez pelo mesmo em 1845. Tendo como características facilmente observáveis as seguintes: dificuldades em manter atenção em atividades que requeiram envolvimento cognitivo, tendência em mudar de atividade para outra sem terminar, nenhuma dificuldade de planejar e organizar atividades diárias, a agitação excessiva e ausência de controlo sobre impulsos (Corrêia & Socha, 2011).

Barbosa e os colaboradores (2000) referiram que as primeiras referências da hiperatividade na literatura médica apareceram em meados do século XIX, e que a sua nomeação foi sofrendo alterações alternadamente até chegar à hiperactividade com déficit de atenção. Segundo estes autores, a primeira designação dada era “lesão cerebral mínima”, surgida na década de 40, visto que os médicos sugeriram que a hiperatividade na ausência de histórias de anormalidades da família, poderia ser considerado evidência

suficiente para um diagnóstico de “dano cerebral”. Entretanto, como não foi encontrada nenhuma lesão orgânica nestas crianças com o passar do tempo, o termo “lesão cerebral mínima” caiu em desuso (Timimi, 2002 cit in Brzozowski, Brzozowski & Caponi, 2010). Com o passar do tempo, aproximadamente no ano de 1962, o nome passou a ser “disfunção cerebral mínima”, declarando-se que as alterações características do síndrome estão mais próximas ou mais relacionadas com as disfunções em veias nervosas do que propriamente a lesões das mesmas da mesma (Barbosa, Rohde, Tramontina & Polanczyk, 2000). Já nos sistemas classificatórios mais modernos utilizados em psiquiatria, CID-10 (OMS, 1991) e DSM-IV (APA, 2004), apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para a perturbação, embora com utilização de terminologias diferentes (perturbação de deficit de atenção/hiperatividade no DSM-IV e perturbação hipercinéticos na CID-10) (Barbosa, Rohde, Tramontina & Polanczyk, 2000).

Outro autor como Falardeau (1999) define a hiperatividade por uma diminuição ou ausência de controlo no individuo que padece dessa dificuldade. Baseiam-se muito na palavra controlo porque consideram que é a base dos problemas desta perturbação, visto que uma criança com hiperatividade é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Por isso, centram-se sobre a desatenção do indivíduo, não se trata de falta de vontade mas da inexistência de controlo (Ramos, 2012).

Para reforçar ainda os ambientes afetados, Johnston e Mash (2001) referiram nos seus trabalhos que existem estudos feitos em diversos países com pais de crianças com PHDA que demostram uma maior prevalência de insatisfações e conflitos conjugais, presenças de sintomas psíquicos (ansiedade e depressão) e alterações na relação pai-filho como estilos disciplinares altamente diretivos e hostis ou excessivamente permissivos (Guilherme, Mattos, Pinheiro & Regalla, 2007). Contudo, isto permite perceber que a hiperatividade, para além do comprometimento das diversas áreas acima referidas, também interfere com o funcionamento familiar e o relacionamento conjugal dos pais do portador (Guilherme, Mattos, Pinheiro & Regalla, 2007)

1.2 Efeitos da Hiperatividade na Aprendizagem

A hiperatividade é um dos temas com mais investigação tanto na área clínica como na área de educação, uma vez que é comum manifestar-se na infância e no local onde eles passam o maior tempo que é a escola. Segundo DSM-IV (APA, 2002), a Perturbação Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é, em especial, caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, diferente dos que são observados em indivíduos com um desenvolvimento equivalente, visto que alunos com PHDA são mais graves e mais frequentes (Carreiro et al., 2008). A falta de atenção nestes indivíduos pode manifestar-se em diferentes ambientes frequentados pela pessoa, ou em qualquer situação social (escola, trabalho). As pessoas com esta perturbação, com grande frequência acabam por perder detalhes ou cometer erros por falta de cuidados nas tarefas de um modo geral, distraem-se facilmente das tarefas que estão a realizar, consideram difícil concluir os trabalhos e mudam facilmente de uma tarefa inacabada para outra (Carreiro et al., 2008).

O aumento significativo de casos reportados de perturbação de défice de atenção/hiperatividade no contexto escolar tem despertado a atenção dos pais e educadores. Tendo em consideração o aumento destas perturbações, os psicólogos, psiquiatras e neurologistas estão a especializar-se cada vez mais e a procurar mais informação sobre o assunto para encontrar o tratamento e prevenção desse problema (Amaral et al., 2010).

A hiperatividade/défice de atenção é definida como um quadro em que os impulsos a nível cerebral andam sempre acima do normal. Disto resultam várias consequências como a falta de atenção, impulsividade e agressividade, o ser desorganizado, desleixado e desastrado. Tal facto provoca muitas repreensões, prejudicando a autoestima. Por isso, é preciso inverter esta situação procurando motivar os alunos em pequenas atitudes positivas para que percebam que são capazes de coisas boas e voltem a acreditar neles, na perspetiva de melhorar as suas produções (Fonseca, 2008).

A dificuldade de aprendizagem em crianças diagnosticada com PHDA pode ser explicada em função do processo de atenção, uma vez que este é o principal elemento para adequada aprendizagem na fase de aquisição do desenvolvimento de linguagem. A perturbação de hiperatividade/défice de atenção é considerado como um indicador que

dificulta o prognóstico escolar das crianças com dificuldades de aprendizagem, mais do que qualquer outra comorbidade interligada, caso por exemplo da depressão (Muzitti & Vinhas, 2011). A integração no meio escolar é fundamental para aprendizagem dos alunos com PHDA. É muito importante que a escola esteja bem atenta, uma vez que este problema às vezes está associado a outras Perturbações como a dislexia, disgrafia e discalculia ou outras síndromes neurológicas e psiquiátricas, ou ainda problemas sociais ou do ambiente escolar (Afonso, 2011).

1.3 Características e Diagnóstico

A PHDA ainda não tem um exame de avaliação definido para o diagnóstico, ou seja, o diagnóstico não pode ser feito com o recurso a um teste específico, psicométrico, neurológico ou laboratorial. Ela fundamenta-se num quadro clínico comportamental, ou seja, o diagnóstico é o resultado da análise das várias informações obtidas ou queixas apresentadas por várias fontes ou diversas situações em que a criança manifesta o seu comportamento, considerado inapropriado, feitas por pais ou encarregado de educação, na escola ou outros contextos (Guardiola, 2006; Low, 2006; Rotta, 2006).

No DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004), a perturbação de défice de atenção/hiperatividade é determinada como um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com um frequência muito intensa e grave daquilo que é observado normalmente nos sujeitos com o nível de desenvolvimento semelhante. Os sintomas da hiperatividade ou falta de atenção que causam mais problemas devem manifestar-se antes dos 7 anos de idade. Todavia, muitos sujeitos nestas situações são diagnosticados depois dos sintomas terem estado presentes durante um bom período de tempo, principalmente em sujeitos com casos de hiperatividade do carácter predominantemente desatento. Ainda no DSM-IV-TR (2002), vê-se que algumas dificuldades com esta perturbação são mais recorridas em duas situações (casa, escola ou trabalho) essenciais da vida criança. Para confirmar que é perturbação de défice de atenção/hiperatividade, devem existir provas claras e clinicamente significativas do funcionamento social, académico ou laboral, porque muitas vezes as características do sujeito hiperativo podem ser confundidas com uma criança normal que é muito impulsiva e brincalhona (APA, 2002; Correia, 2008).

Para fazer um bom diagnóstico do problema que está a ser trabalhado é preciso conhecer bem as suas características ou critérios que os possam identificar. Com isso, podem descrever-se quais são as características notadas numa pessoa que sofre da perturbação de hiperatividade/ défice da atenção. Não existe uma característica física específica no PHDA. A sintomatologia tem início antes dos 7 anos de idade e grandes os marcos deste quadro são: desatenção, impulsividade e hiperatividade (APA, 2002; Corrêia & Socha, 2011). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV (APA, 2002), a característica principal da perturbação de hiperatividade com défice de atenção é um padrão persistente de falta de atenção ou Impulsividade-Hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento (APA, 2002). Segundo o DSM-IV, alguns sintomas de Hiperatividade- Impulsividade ou falta de atenção que causam problemas começam a manifestar-se desde muito cedo. Mas normalmente muitos dos indivíduos com este problema são diagnosticados tardiamente, ou seja, depois de os sintomas já se manifestaram durante muitos anos, especialmente os sujeitos com caso do tipo Predominantemente Desatento (APA, 2002).

Na maioria das vezes, os problemas relacionados com os sintomas do PHDA ocorrem pelo menos em dois contextos fundamentais do indivíduo (por exemplo, em casa, na escola ou no trabalho) (Corrêia & Socha, 2011). Para diagnosticar um indivíduo com este tipo de problema, devem ainda existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral (no caso de adultos), que não seja melhor explicado por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação do humor, perturbação da ansiedade perturbação dissociativa ou perturbação de ansiedade), porque não ocorre exclusivamente durante uma perturbação global do desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação psicótica (APA, 2002; Rohde & Halpern, 2004; Guilherme et al., 2007).

A mudança de comportamento constante de um indivíduo com PHDA e a falta de atenção podem manifestar-se na maioria das vezes em situações escolares ou sociais. Os indivíduos que sofrem desta perturbação podem não dar muita atenção aos pormenores ou podem cometer erros por descuido nas tarefas escolares ou nas outras tarefas. Os trabalhos são muitas vezes desorganizados, descuidados e feitos sem reflexão (APA, 2002; Rohde & Halpern, 2004). Estes indivíduos têm muitas dificuldades em manter-se concentrados numa atividade, podem até nem finalizar o que

estavam a fazer, e frequentemente parecem estar em outro mundo não conseguem estar ligados por muito tempo numa situação. Devido a este problema podem começar a fazer várias coisas e deixá-las a meio e começar sem nem sequer ter terminado o que já se tinha começado antes (Amaral et al., 2010; APA, 2002; Guilherme tal., 2007). As tarefas consideradas difíceis, que requerem a manutenção de um esforço mental, são sentidas como desagradáveis e marcadamente aversivas. Por consequência, estes sujeitos querem distância destes tipos de tarefas que implicam muito esforço mental ou exigências organizativas ou uma forte concentração. Também estes sujeitos são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e interrompem frequentemente o prosseguimento das tarefas que estão a realizar para prestar atenção a ruídos ou factos triviais que são facilmente ignorados pelos outros (Amaral et al., 2010; APA, 2002; Caliman, 2010).

Em várias situações, as pessoas podem confundir sintomas de hiperatividade com a falta de atenção. A PHDA pode ser caracterizada por alguns subtipos, uma vez que há algumas particularidades que indicam que existem crianças que apresentam sintomas de hiperatividade as vezes em maior gravidade que de impulsividade ou desatenção, ou vice-versa, se bem que muitas vezes se podem confundir, visto que a impulsividade e agitação são características comum das maiorias das crianças nesta faixa etária.

Mas existem indivíduos em que estes sintomas são mais repetitivos e com um determinado grau de predominância. As linhas seguintes descrevem os respetivos subtipos adequados (para um diagnóstico) que devem indicar-se em função do padrão somático predominante nos últimos 6 meses.

Perturbação de hiperatividade com défice da atenção, predominantemente desatento – este subtipo é caracterizado quando há presença de seis ou mais sintomas de falta de atenção e menos do que seis sintomas de hiperatividade-impulsividade persistirem durante pelo menos 6 meses. A hiperatividade pode ainda ser uma característica clinica significativa em muitos destes casos, enquanto noutros casos são simples faltas de atenção. Neste subtipo é considerado o mais comum, porém menos diagnosticado, uma vez que se trata de uma perturbação mais admitido em sociedade (APA, 2002; Freire & Pondé, 2005).

Perturbação de hiperatividade com défice de atenção, tipo hiperativo-impulsivo – caracterizado por seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade mas menos de

seis sintomas de falta de atenção persistirem durante pelo menos seis meses. Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa.

Perturbação de hiperatividade com déficit de atenção, tipo misto – este subtipo é caracterizado pela presença de seis ou mais sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem pelo menos durante seis meses. Muitas crianças e adolescentes com a perturbação estão incluídos no tipo misto. Não se sabe se o mesmo é verdade para adultos com a perturbação.

1.4 Prevalência

De acordo com os dados do DSM-IV (APA, 2002), a prevalência da Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção tem maior percentagem nas crianças com idade compreendida no período escolar. Mas, de acordo com o avançar dos tempos e com as investigações feitas mais recentemente, percebe-se que esta taxa de dados pode variar de acordo com a natureza da amostra populacional e com o método de avaliação (APA, 2002).

A PHDA é considerada como uma das causas fundamentais para os casos de ambulatório de saúde mental de crianças e adolescentes. Numa estimativa, refere-se que esta perturbação atinge cerca de 4% a 6% das crianças em idade escolar (Guilherme, Mattos, Pinheiro & Regalla, 2007; Rohde et al, 2004). As características mais notadas nas crianças com esta perturbação são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Portanto, as áreas que mais afetam o desenvolvimento das crianças são, o desempenho académico, os relacionamentos familiares e sociais e o ajustamento psicossocial, áreas que devem ser alvo de intervenção (Rohde et al, 2004). A prevalência citada em diferentes estudos variou de acordo com a faixa etária da amostra e com os critérios utilizados. A prevalência tradicionalmente falada, como já foi referido acima, varia entre 3 a 5% das crianças escolares (Vasconcelos et al., 2003). Contudo, é evidente que os estudos feitos mais recentemente encontraram uma prevalência mais alta, e os estudos epidemiológicos mais rigorosos definiram uma taxa que varia entre 4 a 12% da população geral de crianças entre 6 à 12 anos de idade (Vasconcelos et al., 2003). Os estudos epidemiológicos analisaram populações pediátricas em comunidades ou em escolas, com taxa geralmente mais altas nas últimas. Por exemplo, Newcorn et al.

realizaram estudos com crianças de uma única escola primária e de um bairro pobre urbano e encontraram uma prevalência de 26%.

Outros estudos feitos em diferentes países demonstram que a prevalência de PHDA está entre 3% a 9%. A diferença entre as médias levantadas nestes estudos seria consequência do critério utilizado para definir a perturbação (Amaral et al., 2010). Para Facion (1991), estudos transculturais feitos nos EUA, Alemanha, Nova Zelândia e Uganda comprovam que a hiperatividade não representa um produto da civilização ocidental. Portanto, os sintomas de PHDA são aparentemente independentes do tempo e da cultura (Facion, 2004). Os autores acrescentam que a média dos estudos feitos em comunidade é de 10,3%, tendo os meninos uma prevalência de 9,2% e as meninas de 3%. Esta perturbação é encontrada com maior frequência no sexo masculino. Os dados de prevalência na adolescência e idade adulta são imprecisos, visto que nestas faixas etárias é menos diagnosticado com este tipo de problema, uma vez que os adolescentes tendem a adaptar-se aos sintomas e ter contextos de vida que facilitam esta adaptação. Os resultados não mostram diferença por áreas geográficas (Amaral et al., 2010; Facion, 2004). Polanczyk, Lima, Horta, Biederman e Rohde (2007), num estudo recente de meta-análise, investigaram a prevalência da PHDA nos cinco continentes, procurando pelas possíveis causas da variabilidade das estimativas da perturbação. Dos 9.105 registros achados nas bases de dados MEDLINE e PsychINFO, os autores fizeram a revisão de 303 artigos completos e incluíram 102 trabalhos com um total de 171.756 sujeitos. Os dados mostram uma prevalência de 5,29% em nível mundial associada a uma variabilidade significativa, mais explicada pelas diferenças metodológica dos estudos do que pelas diferenças geográfica (Amaral et al. 2010). Na população escolar nos EUA, encontramos um índice de 3% a 15%, na Alemanha cerca de 9%, já no Brasil, Rohde et al. (1999) apontam para um índice de 5,8% (Amaral et al., 2010).

1.5 Evolução e Tratamento

Na maioria das vezes, os pais começam a notar as primeiras reações nos filhos a partir de uma excessiva atividade motora quando começam a andar, coincidindo frequentemente com o desenvolvimento da locomoção independente. Mas nos primeiros anos é preciso ser dada uma especial atenção as criança mais agitadas para poder

distinguir uma atividade intensa normal da hiperatividade com déficit de atenção antes de qualquer diagnóstico (APA, 2002).

Antigamente acreditava-se que todas as crianças com PHDA superavam os sintomas com a chegada da puberdade. Entretanto, estudos prospectivos recentes que seguiram crianças com PHDA demonstram uma persistência no diagnóstico de 70 a 80% dos casos na adolescência inicial a intermediária, e cerca de 50% dos adultos com PHDA na infância continuam a apresentar sintomas significativos associados ao prejuízo funcional (Rohde & Halpern, 2004). Descreve-se que ao longo do desenvolvimento diminui a hiperatividade, mas que déficit de atenção e impulsividade continuam, principalmente no aspecto cognitivo (fazendo a pessoa agir sem pensar) (Rohde & Halpern, 2004).

Ao longo do desenvolvimento, a PHDA tem sido associada a nível de rendimento acadêmico menor, maiores reprovações, expulsões e suspensão escolares, relações difíceis com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, baixa autoestima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso das drogas, acidentes de carros e multas por excesso de velocidade, assim como dificuldade no relacionamento da vida adulta, no casamento e no trabalho (Desidério & Miyazaki, 2007). Ainda é importante salientar que estas crianças são frequentemente punidas, episódios que podem originar como consequência a frustração e agressividade o que pode comprometer ainda mais os seus comportamentos (Desidério & Miyazaki, 2007), o que demonstra que estas crianças tendem a despertar maior atenção dos pais e familiares, ou seja, fazer com que os pais estejam mais presentes na vida deles.

A hiperatividade/défice de atenção não é uma dificuldade de aprendizagem, mas o comportamento da criança influencia muito o seu rendimento. Para um tratamento adequado é importante um trabalho multidisciplinar que inclua os pais, professores, profissionais de saúde e psicólogos.

Barkley (2002, cit Amaral et al., 2010) concorda que é importante fazer um diagnóstico precoce correto na criança, pois é através dele que se pode efetuar um bom tratamento, ou seja, quanto mais cedo for descoberto maior a probabilidade do controle adequado para o tratamento. Os estudos apontam que as crianças do tipo desatento possuem diferentes manifestações da hiperatividade, ou das mistas, exigem portanto tratamento que completem essas diferenças. Devido à estreita relação entre a PHDA e as

comorbidades (Riesgo, 2006) e o comprometimento social, emocional, acadêmico e linguístico (Silva & Souza, 2005), o diagnóstico precoce permite também uma melhor avaliação do caso, visto que tais aspetos podiam ser analisados desde bem cedo.

O tratamento de PHDA nas crianças baseia-se na reorganização dos seus comportamentos, permitindo o ajustar das suas atitudes perante o ambiente familiar, escolar e social, recorrendo ao atendimento psicoterapêutico e a terapia farmacológica (Amaral et al., 2010; Rotta, 2006). Dentro da terapia farmacológica, a substância mais utilizada é o metilfenidato que age como fraco estimulante do sistema nervoso central. Com a utilização das anfetaminas na acalmia dos sinais hiperativos, na melhoria escolar destas crianças e na realização dos mesmos, teve um impacto tão forte e duradouro, que ainda hoje, em muitos países constitui uma forma privilegiada de tratamento destas crianças (Barkley, 1998, cit in Costa, 2009). Segundo vários autores, é necessário o uso dos medicamentos no tratamento do PHDA, visto que alguns estimulantes e as drogas mais utilizadas, demonstraram ser muito eficazes no controlo do comportamento das crianças, o que influencia automaticamente o seu desempenho académico e ajustamento social em aproximadamente de 50% a 97% das crianças com PHDA (Barkley, 2002; Rotta, 2006).

Para além do tratamento psicofarmacológico, a PHDA também envolve uma intervenção psicossocial. O primeiro passo deve ser educacional, ou seja, os pais ou familiares devem ter informações claras e precisas sobre o problema do filho, para saber como lidar com os sintomas que os filhos apresentam (Rohde et al., 2000). Para poderem auxiliar melhor os filhos na reorganização e planeamento das atividades, é importante eles conheçam estratégias para o auxílio dos filhos. Por exemplo, essas crianças precisam de um espaço silencioso, consistente e sem maiores estímulos visuais para poderem estudar.

A intervenção no âmbito escolar também é importante, por isso, o foco de concentração nesse ramo é o desempenho académico. Para uma melhor adaptação do aluno no envolvimento académico, os professores devem estabelecer uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos, uma rotina diária consistente e um ambiente escolar previsível a fim de manter o controlo emocional destes alunos (Rohde et al., 2000). As estratégias de ensino têm que ser ativas, incorporarem a atividade física com o processo de aprendizagens fundamentais, com propostas de trabalhos curtos e bem

explicadas, passo a passo, se for preciso. É importante que o aluno com PHDA receba o máximo de atenção individual, por isso, deve-se sentar no lugar onde ele tem menos probabilidade de se distrair, mais concretamente perto do professor (Rohde et al., 2000). Quanto às psicoterapias, o mecanismo que tem demonstrado bons resultados é a cognitiva comportamental ao trabalhar com autoinstruções, auto-monitoramento, autoavaliação, autorreforço e instruções comportamentais (Amaral et al., 2010).

Conclusão

Ao fazer o estado da arte sobre a Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção (PHDA), pode considerar-se que esta é uma Perturbação com uma prevalência elevada em crianças e adolescentes, apresentando os critérios bem estabelecidos para o seu diagnóstico. Hoje em dia a PHDA é dividida em três tipos que, por sua vez, são associados a outros tipos de perturbações do distúrbio do comportamento. Estas perturbações associadas, às vezes, dificultam o processo de avaliação e o diagnóstico, o que leva necessariamente a fazer um processo de recolha de dados mais abrangentes, envolvendo pais e a escola para uma avaliação mais precisa e fundamentada. O contexto escolar é um local importante para esta intervenção, uma vez que é um espaço onde as crianças ocupam durante muito tempo.

Percebe-se que no processo de evolução, de acordo com os estudos que a PHDA, começa a diminuir com a idade o que traz muitas vantagens no processo do tratamento, uma vez que esta envolve um processo múltiplo sendo o mais utilizado a intervenção psicossocial e psicofarmacológico, onde o metilfenidato é a medicação com maior aprovação nestes casos para controlar as crianças.

CAPITULO 2- A Hiperatividade no Contexto Educativo

Hoje em dia, tem-se assistido a uma mudança significativa na organização escolar, com impacto na inclusão de crianças com dificuldades de aprendizagem e com necessidades educativas especiais. A abertura da escola a crianças com um perfil diferente do que é considerado “normal”, sejam crianças com hiperatividade ou outras mais graves, em contexto lúdico e educativo é muito importante, tanto para própria criança como para crianças “ditas normais” (Lourenço, 2009).

Esta questão é ainda mais importante porque o ambiente onde as crianças passam a maior parte do seu tempo é na escola, lugar onde, uma das características essenciais é seguir regras. Elas são sujeitas a um conjunto de instruções, que passa por dar atenção no que lhes é ensinado, respeitar os outros, empenharem-se na aprendizagem e, sobretudo, o que eles menos gostam de fazer que é passar muito tempo sentados, ouvindo mais do que falando (Costa, 2009). O objetivo principal de todas as escolas inclusivas deveriam ser que todas crianças aprendessem juntas, sempre que possível, independentemente dos problemas ou dificuldades que apresentam (Lourenço, 2009).

As manifestações clínicas da PHDA podem ser muitas vezes precoces, mas, de acordo com alguns autores, é devido às excessivas atividades na escola que as crianças afetadas exercem e passam a dar mais atenção as alterações e levar em consideração que este comportamento está fora do normal (Costa, 2009). Segundo Cortella (2003), o sistema educacional pode e deve ter como maior desafio a disponibilização de uma educação que seja capaz de lidar com a desigualdade e a diversidade (Mendonça, 2012).

Com base no contexto educativo e para dar a conhecer alguns tópicos da realidade vivida pelo aluno com PDHA no ambiente escolar, vai ser desenvolvido este capítulo fundamentado nos seguintes tópicos a PHDA no mundo escolar, o papel dos professores de alunos com PHDA, relação professor aluno na sala de aula, o rendimento

académico da crianças com PHDA e, por último, a percepção dos professores sobre a PHDA.

2.1 A PHDA no Contexto Escolar

Atualmente percebe-se que existem diversos problemas associados à aprendizagem, envolvendo tanto os educadores como os educandos. A PHDA é conhecida como grande desafio para os familiares e os profissionais que, perante este problema não sabem como agir ou que postura adotar diante dos seus filhos em idade escolar. Para os professores, tem sido relatada a fraca informação sobre assunto, dificuldade a lidar com as suas condutas, porque muitas vezes não sabem o que fazer ou que atitude tomar diante do insucesso escolar dos educandos na sala de aula (Muzetti & Vinhas, 2011).

Segundo a literatura, pensa-se que quanto mais os professores procuram entender a influência da PHDA sobre a aprendizagem e saber como lidar com este problema, que é muito frequente na sala de aula, mais fácil será articular os conhecimentos para favorecer uma maior atenção e apoio educacional as crianças que apresentam o problema (Javorsky & Zentall, 2007).

O mundo escolar é conhecido como segunda casa das crianças, tanto que a maioria das vezes, os sintomas de PHDA é observável nas crianças a partir do momento que iniciaram a escola. As dificuldades de atenção e hiperatividade nestas crianças são notadas quando os professores começam a comparar o comportamento deles com outras crianças da mesma faixa etária. E, muitas vezes, a inquietude e a impulsividade são interpretadas como falta de disciplina e a desatenção como negligência, embora esses comportamentos possam estar relacionados com a disfunção no desenvolvimento neurológico (Amaral et al., 2010). Estas crianças tendem a perturbar as aulas, responder antes de terminar a pergunta, interromper os colegas, estão quase sempre de pé e não conseguem aguardar a sua vez. A hiperatividade é uma das principais características desta perturbação; e existem crianças que só conseguem estar calmas quando medicadas.

Durante o período escolar, as crianças com PHDA manifestam comportamentos diferentes quando comparadas com crianças da mesma faixa etárias, nomeadamente na

atenção da aula, se bem que esteja dependente da natureza das tarefas. As tarefas que lhes permitem utilizar diferentes modalidades sensoriais e que consideram como divertidas, são aquelas em que depositam mais atenção e empenho em realizá-las. Estas crianças cooperam menos com os colegas e passam a grande parte do seu tempo a olhar para os objetos da sala ou figuras nas paredes. Geralmente, estas crianças têm por hábito desenvolver tiques nervosos, que parecem mais tensos e ansiosos, também que sofram cólicas e outras problemáticas sintomáticas (como dores de estômago ou dores de cabeça) e, que tenham problemas de linguagem e de fala (Costa, 2009).

Muitas vezes, as dificuldades destas crianças decorrem da ausência de estratégias adequadas para lidar com este tipo de situações e que se ligam com a expressão de um problema mais alargado das dificuldades no ensino, tendo como consequências a assimilação das coisas. É da obrigação da escola, junto com os seus integrantes desenvolver programas especiais ou proporcionar medidas que auxiliam estas crianças a promover o seu autocontrolo. A escola deve estabelecer como meta compreender o comportamento inadequado e disponibilizar a sua atenção em procurar soluções para melhor o caso em questões destas crianças, certamente sentirá que está a cumprir o seu dever não só como educadora e formadora, como também beneficiando não só o aluno, como a própria turma, que alcançará a desenvolver padrões de colaboração e interajuda face ao problema e à sua resolução (Brandão, 2007; Costa, 2009; Lourenço, 2009).

A mudança do contexto, como a passagem de um ambiente com um professor e uma sala de aula, que dá uma sensação de maior estruturação, como o que existe no ensino primário para um ambiente com diversos docentes e contextos de aprendizagem, como o do ensino básico e secundário, pode ser uma dificuldade acrescida para os alunos com PHDA. Mudar de sala-de-aula constantemente, para os alunos com PHDA, pode ser uma rotina difícil, visto que qualquer estímulo pode distraí-los facilmente. A mudança de professores pode ser uma confusão. Um professor substituto pode ser uma maravilha para a maioria das crianças, mas uma fonte de distração para os alunos com PHDA. Estas crianças tendem a não se interessar por atividades desportivas, não por falta de habilidades, mas porque não lhe dedicam um tempo suficiente e porque lhes custa muito a cumprir as regras de disciplinas exigidas neste caso (Costa, 2009; DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

2.2 O Papel dos Professores de Alunos com PHDA na Sala de Aula

Atualmente o paradigma das escolas inclusivas implica que estas recebam os alunos, independentemente das suas características ou dificuldades. A existência de escolas com muitos alunos com esta perturbação pode dificultar o seu acompanhamento, visto que numa sala com mais de 2 ou 3 alunos com hiperatividade torna-se muito pesado para o professor (Beling, 2007). O professor é considerado a pessoa mais importante no processo de aprendizagem do aluno, com isso torna-se o maior referencial e a sua atuação competente pode fazer toda a diferença (Beling, 2007).

Se o professor conhecer as características e as estratégias de gestão na sala de aula, poderá ser capaz de incentivar o aluno a uma mudança significativa com a aprendizagem. O aluno incentivado tenderá a utilizar estratégias diferenciadas para melhorar o seu desempenho na sala de aula. Portanto, a pessoa em quem se possa ter em especial atenção com o seu desenvolvimento pessoal e ter o maior investimento por parte dos pais, especialistas e da escola são os professores, que devem preparar-se para conhecer e atuar de forma eficiente (Beling, 2007). O professor é a peça fundamental para o desenvolvimento e da aprendizagem do aluno, em geral, e com o aluno com hiperatividade, o seu comportamento e relacionamento são muito importantes.

De acordo com a literatura (Desidério & Miyazaki, 2007), o professor pode ajudar o aluno com PHDA da seguinte forma: adaptar algumas tarefas ajuda a minimizar os efeitos mais prejudiciais da Perturbação; também pode ajudar, evitando que a sala tenha muitos estímulos; não deixar que estes alunos se sentem perto da janela, uma vez que os estímulos de fora são muitos prejudiciais para a sua distração; o trabalho em pequeno grupo também favorece a concentração. Já o excesso dessa energia por parte destas crianças, deve ser utilizado em funções práticas da sala de aula como distribuir e organizar as matérias para a atividade na sala (Desidério & Miyazaki, 2007). Também é importante reconhecer o momento de exaustão por duração das tarefas. Propor uma pausa de uma leitura longa ou fazer intervalo depois de uma sequência de exercício é um método adequado para permitir que o aluno ao retomar a tarefa esteja mais concentrado. É sempre bom verificar se as propostas das atividades são desafiantes e que a rotina seja evitada (Amaral et al., 2010).

É bom ressaltar que não é pelo fato de a criança sofrer de PHDA, que os professores ou os pais devem ser diferentes com eles, uma vez que é importante que

saibam impor limites. Sabe-se que a maioria das dificuldades gira em volta da competência cognitiva, da falta de organização e da apreensão de informação e não da relação com a obediência. Nos momentos tensos, é o momento em que as crianças parecem estar mais hiperativas; nesta situação, é aconselhável que o professor mantenha um tom de voz normal e tente estabelecer um diálogo. Se o adulto gritar com a criança, ambos acabam por exaltar-se, e em vez de compreender as regras, ela pode pensar que está a ser rejeitada ou mal compreendida (Corrêia & Socha, 2011).

2.3 Relação Professor/Aluno na Sala de Aula

Para o contexto educativo, o principal objetivo ou serviço da escola é dar respostas às necessidades dos alunos, contribuindo para o bom desempenho dos mesmos. Portanto, analisar criticamente os papéis dos professores pode ser um incentivo para que possam melhorar as suas competências profissionais, a fim de melhorar os resultados comportamentais e a aprendizagem dos seus alunos (Javorsky & Zentall, 2007). Segundo a revisão da literatura é importante que a educação assuma um papel essencial na preparação dos seus professores para a inclusão dos alunos com comportamento desafiador, mesmo quando os alunos já estão inseridos na sala de aula. São poucos os professores que manifestam o interesse para apoiar-los, alegando que não estão preparados para trabalhar com este grupo de alunos, que é mais recomendável para os professores que já tiveram experiências com estes alunos ou professores que possuem formação sobre o assunto (Javorsky & Zentall, 2007).

A associação das atitudes à possível alteração de comportamento leva a refletir sobre a questão das atitudes do professor face à aprendizagem e aos alunos. Estas duas vertentes podem influenciar a forma como o professor ensina e se relaciona com os alunos. Por essa razão, a investigação tem demonstrado que o professor com conhecimentos mais insuficientes tendem a ser mais autoritários e a utilizar apenas um método de ensino para toda a turma, enquanto o professor com conhecimentos mais ajustados tendem a ter uma postura mais disponível, recorrendo a várias estratégias de ensino para dar respostas às diferenças individuais de todos os alunos, e como consequência conseguem promover um melhor rendimento académico por parte dos mesmos (Sprinthall & Sprinthall, 1993, cit in Cardoso, 2013).

Para auxiliar os professores a ter uma boa relação com os alunos e proporcionar uma melhor aprendizagem, os estudos realizados por alguns autores, indicam que a intervenção do psicólogo educacional poderá ser útil para melhorar a sala de aula com alunos com PHDA, no sentido de melhorar o processo de ensino-aprendizagem. Algumas das indicações que têm sido dadas são as seguintes:

- O professor poderá sentar as crianças ou adolescente particular um lugar onde sintam a vontade para falar e onde acham que poderão aprender melhor.
- Dar feedback dos progressos feito pela criança no processo da aprendizagem, acompanhando o seu desempenho ou dificuldades e ouvindo também a sua opinião.
- Utilizar um caderno de casa onde os pais pudessem acompanhar o desenvolvimento dos filhos é uma ótima oportunidade para melhorar a comunicação entre os pais e psicólogo educacional.
- Desenvolver algumas tarefas de forma mais lúdica, de modo a incentivar a aprendizagem, a assinalar e elogiar o sucesso da criança. O psicólogo poderá ver se há possibilidade de uso de outra alternativa, utilizando o computador.

Como a maior dificuldade destas crianças é manter atenção e seguir regras, então fazer uma avaliação pela qualidade do que quantidade, seria mais interessante e com melhores resultados.

O psicólogo deve aconselhar os professores que é preferível não mudar a rotina de trabalhos dos alunos. Quando for necessário esta mudança é aconselhável avisar a criança com antecedência e prepara-los para mudança porque os alunos com PHDA precisam de ambiente muito bem estruturado para aprender. A sua agitação dificulta manter a atenção por muito tempo numa atividade, isso dificulta que terminam uma determinada tarefa. Portanto é preferível que os professores dividam as tarefas em várias pequenas mais tarefas facilitando o trabalho dos alunos.

Reforçar o comportamento positivo com recompensa ou elogio, é a base da redução do comportamento hiperativo e/ou impulsivo. O trabalho do professor nesse momento é muito importante. Deve-se evitar, a punição, expulsão ou advertência com estes alunos. Quando for realmente necessário fazer uma advertência ou punição, é

muito bom explicar claramente o motivo desta punição, imediatamente, é fundamental que estabeleçam a relação causa-efeito. A estratégia de permitir que os alunos com esta síndrome saíam de vez enquanto fora da sala de aula acompanhado ou sozinho, é muito eficaz, visto que as vezes se encontram muito hiperativos e precisam se organizar internamente. É importante que fique bem claro e também deixe bem claro aos professores que a criança a medida que se aperfeiçoa desenvolve novas habilidades e aumenta suas possibilidades cognitivas. E conseqüentemente constrói estruturas que dão oportunidades para novas aprendizagens, pois a aprendizagem e o desenvolvimento interagem constantemente. Portanto para superar a essa problemática a criança precisa constantemente de novas atividades estimuladora (Afonso, 2011).

2.4 O Rendimento Académico das Crianças com PHDA

As crianças com PHDA parecem apresentar quase sempre uma baixa tolerância à frustração, variação do humor, e baixa autoestima, o que se podem refletir no rendimento académico. Uma das características das crianças com PHDA é que apresentem uma grande dificuldade em organizar, iniciar e terminar tarefas, manifestem uma incapacidade de estabelecer prioridades e frequentemente esquecem dos compromissos (ex.: dos testes de avaliação ou dos trabalhos de casa), chegam atrasados ou à última hora para as aulas ou para algum encontro, perdem objetos ou simplesmente não recordam onde os deixaram (APA, 2002). Esta desorganização sistemática pode ter como consequência uma grande incomodidade com os sujeitos que com eles convivem ou se relacionam, como, por exemplo, os seus colegas de escola.

Cada criança tem o seu estilo de aprendizagem, mas as crianças com PHDA têm um estilo diferente das crianças sem PHDA ou que não têm qualquer tipo de distúrbio. As crianças com PHDA tendem a ser crianças menos comunicativas e distraem-se rapidamente com outros estímulos ao seu redor, ficam atentas a várias situações simultaneamente, o que dificulta o processamento dos estímulos verbais (Costa, 2009; DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011). Por essa razão, os alunos com PHDA devem ser colocados nas primeiras filas da sala de aula, perto dos professores e bem afastados do lugar onde se podem distrair. Assim, os professores captam a sua atenção mais rapidamente, e evita-se que se distraiam facilmente. Muitas vezes, as crianças com esta perturbação necessitam de reforços em algumas disciplinas, especialmente nas que já

apresentam falhas na aprendizagem e outras vezes precisam de um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma de aprendizagem, pois apresentam algumas lacunas em aspetos, tais como, a organização e planeamento do tempo e de atividades (Araújo, 2002; Rohde et al., 2000). Necessitam, com frequência, de sinais orientadores para realizarem com sucesso uma tarefa. A sua aprendizagem e o seu rendimento académico melhoram se as tarefas forem curtas e entusiasmantes e se forem sistematicamente incentivadas positivamente pelas suas conquistas (Costa, 2009; DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

Portanto, as intervenções que abordam diretamente as habilidades académicas são necessárias para muitos alunos que sofrem desta perturbação. Uma intervenção eficaz é a formação dos professores com instruções relevantes para trabalhar as habilidades dos alunos. Por exemplo, Evans, Pel-ham e Grudberg (1995 cit in DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011), mostraram que os alunos de ensino básico com PHDA melhoram as suas anotações e desempenhos nos testes ao seguirem instruções que lhes foram fornecidos, por exemplo, tomar notas durante as explicações do professor (DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

Há que ter em consideração que o desempenho escolar depende de diferentes fatores como: as características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade dos pais, presença dos pais e interação dos pais com a escola) e do próprio aluno (Araújo, 2002). Se a criança estiver mais familiarizada com a escola e também com a realidade do seu problema, é mais fácil ajudá-la a ultrapassar a sua dificuldade, uma vez que esta apresenta-se mais cooperativa e com mais entusiasmo de cumprir as tarefas, e a sua autoestima fica assim preservada, ao desenvolver atitudes positivas.

2.5 Perceções dos Professores sobre a PHDA

As perceções dos professores são as representações mentais que os mesmos organizam sobre a realidade educativa e a situação em que intervêm. De acordo com Fonseca e colaboradores (1998), a investigação das perceções que os adultos têm sobre a PHDA podem ser de muita importância, na medida em que podem contribuir para uma melhor compreensão dos comportamentos associados a estas crianças e, assim, permitir elaborar uma boa intervenção para o ajuste dos seus comportamentos. A

investigação demonstrou que existe um grande afastamento entre a percepção dos adultos sobre a PHDA com a própria realidade do comportamento destas crianças, desconhecem tanto a sua natureza e gravidade como também as estratégias para intervir mais adequadamente.

Normalmente, os professores são os primeiros guias de informação para determinar o diagnóstico de PHDA nas crianças, e na maioria das vezes, são eles que pedem ajuda profissional para avaliar os alunos. Portanto, são de extrema importância os estudos realizados para investigar as experiências, as percepções e os conhecimentos dos professores acerca de PHDA, para mostrar o que deve ser feito na área educacional (Freire & Pondé, 2005; Glass & Wagar, 2000).

A literatura refere que a maioria desses autores, nos seus estudos, verificaram que é escasso o conhecimento dos professores sobre a Perturbação e o suporte que a escola oferece para esses alunos é muito fraco. Havey et al. (2005), no seu estudo, comprovou a percepção dos professores sobre a causa, incidência e métodos apropriados para o tratamento de PHDA. Os resultados encontrados comprovaram que os educadores descobriram mais casos de perturbação (23,97%) do que o esperado, segundo os índices de prevalência no DSM-IV (3% a 5%). Com relação à etiologia, os aspetos ambientais parecem influenciar mais a percepções dos professores do que aspetos neurológicos, desvendando um desconhecimento desta abordagem sobre a Perturbação (Amaral et al., 2010). Para provar esta ideia, Havey (2007) no seu estudo fez uma comparação entre professores holandeses e americanos, demonstrando as suas percepções sobre as causas e a incidência da PHDA.

Nos dados recolhidos, identificaram que os holandeses associavam a etiologia da Perturbação estava mais ligada a aspetos bioquímicos, enquanto os professores americanos pensavam que estava mais ligado a combinação de fatores ambientais e bioquímicos (Amaral et al., 2010). No mesmo estudo, para reforçar a sua teoria sobre a percepções dos professores, Havey (2007) pediu aos docentes que enumerassem os alunos com PHDA na sua sala de aula. Todos os grupos de professores pensavam que havia mais alunos com PHDA do que aqueles que foram diagnosticados com a Perturbação. Isto quer dizer, que talvez a pouca informação dos professores sobre PHDA levam os a crer existem mais alunos com PHDA dos que são realmente diagnosticado.

Num estudo realizado sobre a prevalência de PHDA uma escola primária em Portugal (Vasconcelos et al., 2003), indicaram que a triagem inicial apresentada pelos professores foi positiva para 108 de 403 crianças (26%). Desses alunos, 69 (63%) tiveram diagnóstico confirmado, mostrando claramente a discrepância entre o parecer dos professores e o diagnóstico confirmado. Pesquisas sobre a percepção dos professores acerca da PHDA alertam ainda o quanto eles estão comprometidos com o diagnóstico, gestão e o acompanhamento destas crianças. No sistema educativo, tanto o educador como o educando têm um papel ativo, incrementado pela interação social que passa pela percepção de ambos. A prática educativa proporciona que através da interação professor-aluno, se transcende o espaço da sala de aula, e criando assim uma prática social (Frison & Schwartz, 2002; DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

Os alunos veem os professores como referência porque é deles que recebem os comentários de como são como alunos, isso reflete automaticamente na sua autoestima e autoimagem. Como se sabe, os pequenos comentários têm influência no nosso “eu”, então se os alunos hiperativos são constantemente comparadas com outras crianças e são caracterizados como diferentes, indisciplinados e desatentos, possivelmente desenvolverão uma baixa autoestima e uma imagem negativa deles mesmos (Frison & Schwartz, 2002; DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

A literatura defende que os professores têm poucos conhecimentos sobre a PHDA, aspeto este que condiciona os professores a dar uma resposta positiva a esses alunos na sala de aula. Para controlar a sala de aula, os professores preferem que os alunos estejam medicados, mas parecem não ter o menor interesse em conhecer os efeitos colaterais que os medicamentos podem provocar nos alunos, pois era importante eles terem este conhecimento a fim de saber como agir caso, uma vez que precisam de dar respostas às necessidades das crianças com PHDA (Sciutto et al., 2000).

Glass e Weigar (2000) referem que os professores atribuem maior ênfase ao diagnóstico do que a executar ajustes comportamentais. Barkey (2006) indica como fator primordial na intervenção da criança com PHDA é a atitude dos professores. Uma atitude proativa de envolvimento efetivo no processo de intervenção, bem como o conhecimento dos instrumentos de despiste e a sua aplicação são importantes para o sucesso de tratamento. Mas também as investigações demonstraram que os professores

também são os maiores obstáculos no atendimento às necessidades das crianças (Sciutto et al., 2000).

A falta de conhecimento da natureza, causa e evolução desta perturbação por parte dos professores que muitas vezes se baseiam nos mitos e crenças das mesmas, condicionam muitas vezes a sua intervenção (Sciutto et al., 2000). Para implementar uma estratégia para intervir nesses comportamentos, é necessário que o professor conheça algum grau de profundidade da PHDA, no que se refere à causa, evolução e tratamento (Cardoso, 2013).

Para uma melhor avaliação do conhecimento do professor sobre PHDA, apresentam-se alguns estudos realizados em vários países que abordam o conhecimento/percepção sobre PHDA e o seu impacto ao nível de intervenção, ou seja, conhecer a natureza da PHDA tem como consequência melhorar a atitude pedagógica com estas crianças (Cardoso, 2013). Segundo Sciutto e colaboradores (2000) foi realizado um estudo no sentido de explorar os mitos e crenças que os professores têm sobre PHDA. Segundo estes autores, era importante distinguir, uma vez que existem professores que sabem que o açúcar potencia os sintomas de hiperatividade, e outro que não tenha conhecimento na área. Enquanto o que tem conhecimento providencia uma alteração na dieta da criança, o outro certamente procura informar-se mais sobre o assunto para saber ter uma postura mais adequada perante a situação (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000). Este estudo englobava 149 professores que lecionavam em escolas do 1º ciclo de seis distritos escolares de Nova York, sendo que alguns deles já tinham experiência em lecionar nas turmas de educação especial.

Os resultados permitiram perceber que os professores que tinham contato com alunos com PHDA tinham maior conhecimento sobre o assunto e à medida que o número de alunos com PHDA aumentava na turma maior era o conhecimento do professor sobre o assunto. Segundo os autores, este facto é explicado pela interação que os professores estabelecem com os alunos com PHDA, ou seja, ao ter um aluno com esta perturbação obriga o professor a ter mais conhecimento sobre a natureza do problema para saber intervir (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000).

Num outro estudo feito sobre o impacto da experiência dos professores a nível da autoeficácia com alunos com PHDA, constataram o seguinte resultado: que professores com experiência em trabalhar com crianças com PHDA revelam maior

confiança e capacidade de adaptações de matérias e currículos, ao contrário dos professores sem experiência. Com estes resultados, demonstra-se que talvez a atitude do professor pode ser influenciada pela sua experiência e conhecimento, com reflexos na intervenção da sala de aula e em consequência pode afetar a performance do aluno com PHDA (Cardoso, 2013).

Conclusão

Por todas a revisão da literatura, verifica-se a importância do professor saber identificar possíveis indícios de PHDA nos seus alunos. Precisa demonstrar e distinguir o que é um comportamento normal de uma criança na idade escolar, o que é indisciplina, o que é demonstração de insatisfação de uma criança através de indisciplina e que são indícios de PHDA. O professor tem de estar preparado para saber lidar e receber uma criança com perturbação, e, se não souber, é mais produtivo informar e procurar ajuda do que ser imparcial.

Esta revisão de literatura sobre a PHDA no contexto escolar com os professores, demonstrou que os professores para ter uma relação positiva com os seus alunos precisa trabalhar em conjunto com outros profissionais que entendem as dificuldades dos alunos, e procurar não afastar por causa da falta de informação mas sim informar melhor para ajudar os seus alunos. Também deu para perceber que a inclusão dos alunos não depende apenas dos professores mais sim precisa ser feita pela escola toda em conjunto, principalmente pelos colegas e nesse aspeto o papel do professor é importante, porque a aceitação dos restantes colegas com um aluno que sofre de PHDA depende do tratamento que o professor dá ao seu aluno.

O aluno com PHDA não precisa da “compaixão” dos outros mais sim que seja aceite como um colega comum que precisa de mais atenção. Por esse motivo o próximo ponto revela os estudos práticos que foram realizados nesta área.

CAPITULO 3- Enquadramento da investigação

No sentido de compreender melhor o papel dos professores no ensino adequado de alunos com hiperatividade, este trabalho pretende dar especial atenção aos conhecimentos e às práticas dos professores junto de alunos hiperativos na sala de aula.

Perante estas situações descritas, percebe-se que existem muitas referências que abordam a hiperatividade, embora ainda seja reduzido o número de estudos sobre as práticas dos professores. Foi neste contexto que surgiu esta investigação, para conhecer o que os professores sabem sobre a hiperatividade e as práticas utilizadas para lidar com os alunos na sala de aula.

Para a realização deste estudo, optou-se por um método quantitativo, uma vez que permite recolher dados junto de mais docentes e relacionar as suas respostas. Além disso, permite transformar as opiniões e informações encontradas em dados quantificáveis (em números), para serem classificadas e analisadas, que são feitas com a técnica de estatística que permitem generalizar resultados, prever e controlar os acontecimentos (Fortin, 1999).

O método quantitativo pode apresentar vários design. Estes, dividem-se em descritiva em que as investigações se efetuam num contexto exploratório, pois a priori o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidos pelo investigador, correlacional vai para além da simples descrição dos fenómenos, permite estabelecer relações entre os fenómenos e quantificar essas relações, sem estabelecer um significado de causalidade ao nível das relações encontradas e o experimental que se centra numa observação objetiva, dependente da qualidade dos instrumentos e procedimentos de medidas, assim como do controlo da situação. Os resultados finais e as conclusões a estabelecer devem assentar exclusivamente no quadro da relação entre a variável independente e a variável dependente (Almeida & Freire, 2007). Neste estudo, o design utilizado foi o descritivo e correlacional porque permite que o investigador descreva e explore as relações entre as variáveis de maneira a conhecer as suas associações e dependências (Fortin, 1999).

3.1 Objetivos da investigação

O objetivo de um estudo é um ponto importante na investigação, uma vez que através dela determina-se as variáveis-chaves, a população alvo e a orientação e encaminhamento da investigação (Fortin, 1999). Na condução de uma investigação, o autor é guiado pelos objetivos principais, para conhecer a natureza dos fenómenos e as variáveis presente no estudo (Almeida & Freire, 2007). Neste caso, o objetivo geral do estudo é explorar a relação entre as crenças dos professores sobre a hiperatividade com as práticas exercidas na sala de aula.

Na perspetiva de se tornar mais claro o objetivo geral é que se sente a necessidade de criar os objetivos específicos. Estes procuraram descrever de forma clara e precisa, o que se pretende recolher, indicando exatamente o que precisa obter com os dados recolhidos. Nesta sequência, foram propostos para este estudo os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os conhecimentos dos professores sobre hiperatividade
- Compreender as práticas dos professores face aos alunos hiperativos.
- Relacionar as crenças e as práticas dos professores, assim como a sua relação com variáveis pessoais e profissionais.

Para relacionar a hiperatividade com os diferentes componentes, foram definidas como variáveis dependentes as crenças dos professores e as suas práticas e variáveis independentes: sexo, idade, nível de escolaridade, anos de serviço, nível de ensino, proximidade com a PHDA, participação em ações de formação, espaços onde procura informação.

3.2 Hipóteses

Numa investigação a formulação de hipóteses é importante, uma vez que os dados obtidos vão ser analisados diretamente com as hipóteses formuladas. Segundo Fortin (1999), a hipótese é um enunciado formal das interações esperadas entre duas ou mais variáveis. As hipóteses são enunciados que oferecem respostas possíveis para o problema em estudo, devendo ser sempre elaborada com base na observação, pesquisa

bibliográficas e tendo sempre como suporte referências de outros estudos previamente elaboradas. No nosso estudo, as hipóteses são as seguintes:

H₁- Professores que têm mais experiência com alunos com hiperatividade, tem crenças mais adequadas.

H₂- As crenças dos professores relacionam-se com o género, idade, e grau académicos dos professores

H₃- Professores acreditam que alunos medicados conseguem ter melhor atenção nas aulas.

3.3 Amostra

Geralmente depois da identificação dos objetivos e hipóteses, é pertinente descrever e identificar os participantes e os processos de amostragem utilizados no estudo. Neste presente estudo, a população alvo foram os professores que têm ou não alunos com hiperatividade na sua sala de aula. Na escolha da amostra, é importante que possua as mesmas características e que cumpra os critérios pretendidos pelo investigador, uma vez que este pretende generalizar o resultado ou informação (Fortin, 1999).

O processo de amostragem utilizado no presente estudo foi não probabilístico por conveniência, visto que é um procedimento onde são simples o encontro dos participantes e também proximidade geográfica. Embora num estudo quantitativo é preferível utilizar um número maior da amostra no estudo, neste estudo era preciso de professores do 1º e 2º ciclo, uma vez a probabilidade de encontrar os alunos com hiperatividade que frequentavam a escola em maior quantidade era nesta faixa etária e também nesta faixa etária é mais fácil fazer a intervenção de prevenção de tratamento aos diagnosticados. Mas devido a algumas limitações encontradas, como demora dos professores em preencher os instrumentos, outros não devolviam e a algumas escolas não deram uma resposta positiva para passar o instrumento, a amostra ficou limitada a 36 professores, dos quais 32 professores do sexo feminino e 4 do sexo masculino, 29 com experiência com alunos com hiperatividade e 7 não tiveram esta experiência.

Constatou-se que 15 docentes (41,7%) dão aulas no 1ºciclo, 17 (47,2%) dão no 2ºciclo e 4 (11,1%) responderam que são da educação especial. Quanto ao grau

acadêmico dos professores, 30 (83,3%) responderam que são licenciados e 4 (11,1%) responderam outras especializações que variam entre mestrado e outro grau acadêmico.

Um dos fatores importante que influencia nas respostas dos participantes é a experiência com crianças hiperativas, pelo que 9 (25%) disseram que não tiveram experiência com pessoas na família, 1 (2,8%) respondeu que teve experiência com familiar e os restantes 26 (72%) respondeu que tiveram experiências com alunos na sala de aula. No que diz respeito ao número de alunos hiperativos que os professores já trabalharam, o número modal foi o 3 (8 professores). No entanto, existiam professores que tinham trabalhado com vários alunos hiperativos, por exemplo dois professores colocaram que já tinham trabalhado com 10 alunos hiperativos, um professor com 18 e mais dois professores com 20 alunos hiperativos.

Dos professores que responderam o questionário, cerca de 44,4% (16) disseram que todos os seus alunos hiperativos estavam medicados, 25% (9) responderam que nenhum dos alunos estavam medicados e destes 9 professores 7 não tiveram experiência com alunos hiperativos, e 22,2% (8) responderam que cerca de $\frac{1}{2}$ eram medicados e os outros 8,3% (3) responderam que cerca de $\frac{1}{4}$ eram medicados. Com a presença dos alunos hiperativos na sala de aula as vezes é necessário chamar médicos para os atender, mas 77,8% (28) dos professores não chamaram o médicos e 5,6% (2) tiveram que chamar o médico. De entre os participantes 52,8% (19) responderam que nunca tiveram uma formação específica na área da hiperatividade, enquanto 44,4% (16) dos professores responderam que sim e também que 86,1% dos professores são do ensino regular e outros 13,9% são da educação especial.

Tabela 1: Características da amostra.

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	32	88,9
	Masculino	4	11,1
Nível de ensino	1º Ciclo	15	41,7
	2º Ciclo	17	47,2
	Outros	4	11,1
Grau académico	Licenciatura	30	83,3
	Outros	4	11,1
Experiencia com hiperatividade	Não teve	9	25,0
	Com familiar	1	2,8
	Outros	26	72,2
Alunos medicados	Nenhum	9	25,0
	Cerca 1/4	3	8,3
	Cerca 1/2	8	22,2
	Todos	16	44,4
Chamar médicos para os alunos hiperativos	Nenhum	28	77,8
	Cerca 1/4	4	11,1
	Cerca 1/2	1	2,8
	Todos	2	5,6
Acção de formação sobre hiperactividade	Sim	16	44,4
	Não	19	52,8
Trabalha no:	Regular	31	86,1
	Especial	5	13,9

3.4 Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram os seguintes: o questionário socio-democrático, um instrumento que avalia as crenças dos professores e uma checklist sobre as práticas utilizadas na sala de aula.

O questionário sócio-demográfico avalia a: idade, sexo, ano de serviço, nível de ensino que leciona experiência com alunos hiperativos, quantidade de alunos hiperativos que já contactou, se já participou na formação sobre hiperatividade entre outros.

Para avaliar as crenças dos professores sobre a hiperatividade foi utilizado um instrumento de Curtis (2006). Trata-se de uma escala com 20 itens e tem uma escala de resposta de 1 a 5 que corresponde deste “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O instrumento foi traduzido para português, estando em processo de adaptação.

O instrumento, desenvolvido no Center for Children and families, University at Buffalo (s.d), avalia as técnicas de gestão na sala de aula, tratando-se de uma check list (lista de verificação) de que foi feita uma tradução e adaptação linguística. Este é constituído por 32 itens em que o professor tem que preencher com uma cruz o uso (“não se encaixa no método de ensino” à “regularmente”) destas técnicas assim como a eficácia, assinalando a opção que melhor corresponde (de “pouco eficaz” a “muito eficaz”).

3.5 Procedimento

Para concretizar esta investigação, foi preciso estabelecer contacto com a população alvo ou com as instituições de ensino junto de quem se pretendia investigar, para ter acesso à amostra. Em seguida foi pedido a autorização dos diretores de diferentes escolas básicas de Braga, com uma carta de apresentação feita pela aluna com a colaboração do orientador do curso. Depois de fazer o contacto com o diretor da escola e explicar o objetivo do estudo, foram distribuídos os instrumentos para resposta voluntária dos professores. Os participantes preencheram os instrumentos na escola, deixando-os com o diretor das escolas. Após recolhidos os dados, foram inseridos no computador para a análise dos resultados.

3.6 Resultados

Para cumprir os objetivos, serão apresentados dois tipos de resultados. Primeiro, os estudos descritivos das crenças e das práticas dos professores em relação à hiperatividade. Depois, o estudo da relação entre estas crenças e práticas em função das variáveis independentes.

Fazendo uma análise descritiva dos dados recolhidos acerca das crenças dos professores sobre a hiperatividade, percebeu-se que existem algumas afirmações em que a maioria dos professores concordam, ou seja, afirmações que relatam que a PHDA é

causada por práticas desajustada dos pais, que estas crianças já nascem com vulnerabilidade biológica de desatenção e baixo autocontrole, que também podem ser diagnosticados com PHDA e não ser necessariamente híper ativos e claro que precisam de ambientes tranquilos para realizar suas tarefas (itens: 1,3,4,e 5). Existem ainda outras perguntas onde os professores deram as suas opiniões de forma positiva que é o caso das afirmações que falam que a desatenção das crianças com PHDA não é um comportamento propósito delas, que a maioria deles conseguem ultrapassar esta problemática com a maturidade, não é exclusivo de um género e que conseguem ter melhor relação na interação de um ou um do que em grupo (itens 7,10,12,19).

Mas por outro lado também existem afirmações onde a maioria dos professores responderam que discordavam: que a PHDA só pode ser tratada por medicação que, a intervenções educacionais é desnecessária e que só conseguem sair bem com muito esforço, e que uma criança que tem um desempenho alto e baixo nas notas e que consegue jogar playstation várias horas não pode ter PHDA (itens: 8,9,14,15,17).

Em alguns itens os professores ficaram no meio-termo, ou seja, cerca de metade dos professores responderam que concordavam e a outra metade responderam que discordavam, que é o caso da pergunta 6 onde diz que crianças com PHDA têm comportamentos desajustadas porque não querem cumprir as regras, ou responderam de forma neutra, ou seja, não concordam nem discordam caso dos seguintes afirmações: que uma alimentação desajustada pode ser um problema para estas crianças, que a PHDA pode ser hereditária e em mais frequentemente em um grupo minoritário e que estas crianças podem se tornar facilmente delinquentes em adolescência e provem que uma família disfuncional. (estes itens são 2,11,13,16,18,20).

Tabela 2: Estatísticas descritivas dos itens.

	DT	D	N	C	CT
1. A PHDA pode ser causada por práticas parentais desajustadas.	3	7	9	13	3
2. A PHDA é frequentemente causada pela ingestão de açúcares ou aditivos alimentares.	10	6	14	4	2
3. Crianças com PHDA nascem com vulnerabilidades biológicas em relação à desatenção e baixo auto-controlo		1	9	21	5
4. Uma criança pode ser diagnosticada corretamente como tendo PHDA e não se apresentar necessariamente hiperativa.		5	6	22	3
5. Crianças com PHDA necessitam constantemente de um ambiente tranquilo e silencioso para poderem concentrar-se nas tarefas.	1	4	2	21	8
6. Crianças com PHDA têm comportamentos desajustados especialmente porque não querem seguir as regras e completar as tarefas.	3	14		13	6
7. A desatenção das crianças com PHDA não é uma consequência direta do comportamento desafiante, oposicional e da falta de vontade de colaborar com os outros.	1	6	6	14	9
8. A PHDA é uma perturbação médica que pode ser tratada apenas com recurso a medicação.	1	19	10	5	1
9. As crianças com PHDA conseguem sair-se melhor apenas se se esforçarem muito.	4	17	8	6	1
10. A maioria das crianças com PHDA ultrapassa a sua doença e são normais na idade adulta.		5	6	20	5
11. A PHDA pode ser hereditária.		2	20	12	2
12. A PHDA é tão frequente entre rapazes como entre as raparigas.	2	7	11	13	3
13. A PHDA ocorre mais frequentemente em grupos minoritários, quando comparado com os Caucasianos	5	6	19	5	
14. Se a medicação for prescrita, as intervenções educacionais são muitas vezes desnecessárias.	10	18	3	4	1
15. Se uma criança tiver excelentes notas num dia e péssimas no seguinte, não pode ter PHDA.	7	19	8	2	
16. Geralmente as dietas não ajudam no tratamento da maioria das crianças com PHDA.	6	2	24	4	
17. Se uma criança consegue jogar Playstation várias horas, provavelmente não terá PHDA.	6	22	6	2	
18. Crianças com PHDA têm maior risco de se tornarem delinquentes na adolescência.	6	7	14	7	2
19. Crianças com PHDA geralmente têm comportamentos mais ajustados na interação 1 a 1 do que em situações de grupo.		2	6	23	4
20. A PHDA decorre frequentemente de uma vida familiar disfuncional e/ou caótica.		5	14	6	4

Agora analisando o questionário que avalia o uso das técnicas de gestão da sala de aula, foram obtidos dados que permitiram conhecer as seguintes informações. A cada uma, os professores podiam que responder com as técnicas que usam regularmente, às vezes, talvez valesse a pena usar e se esta técnica não encaixa bem seu método de ensino. Portanto após as verificações feitas, os resultados são os seguintes: a maioria dos professores responderam que as técnicas que usam regularmente na sala de aula são: regras do comportamento afixadas na sala de aula, ter uma estrutura de sala de aula bem definida, dar instruções apropriadas e elogiar os alunos na sala pelos seus comportamentos e oferecendo recompensas imediatas (1,2,4,5,12,13). Em contrapartida também existem técnicas que a maioria dos professores consideram que não se encaixam no seu método de ensino e estas afirmações são os seguintes: afirmações relacionados aos castigos permanente para crianças devidos aos seus comportamentos, limitar o comportamento dos alunos pré-escrevendo o que devem fazer, condicionar a alimentação do aluno, colocar o aluno no trabalho individual ou em grupo como reforços ou envia-lo a psicoterapia com a finalidade de ajudar a criança a autoavaliar (6,15,17,18,19,20,21,22,23,25,26,27,28).

Assim como existem técnicas que os professores consideram que devem ser utilizados regularmente ou outros que não se encaixam no método de ensino, também existem aquelas técnicas que devem ser utilizadas algumas vezes ou outras que não são usadas mas que deviam tentar usar. De entre estas técnicas estão os itens que afirmam o seguinte: ignorar ou reprimir o comportamento inadequado registos e comportamento e notas para casa e ter um sistema de recompensa (3,6,7,9,10,11,12,14,15,16,17,19,24, e 25) em que a maioria dos professores responderam que usam às vezes, e os itens em que o maior número de professores responderam que vale a pena tentar usar são: livro de trabalho de casa e sessão de terapia para aconselhamento (8,28,25).

Tabela 3: Frequências dos itens. (continua)

	Não se encaixa bem no meu método de ensino	Talvez Valesse a pena tentar	As vezes	Regularmente
1. Regras da sala de aula (i.e, as regras identificadas e afixadas na sala).	5	3	2	16
2. Estrutura da sala de aula (p.e, crianças com problemas de atenção e comportamento sentadas na parte da frente da sala).			4	22
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (p.e., ficar a remexer, mastigar uma caneta).	1	1	15	8
4. Elogiar os comportamentos adequados (p.e., "Gosto da forma como estás a trabalhar em silêncio João").			3	22
5. Dar instruções apropriadas (p.e., "Bruno, fica em silêncio com as mãos quietas" - apropriada versus "Pára quieto"- inadequado).	2	2	9	12
6. Repreender um comportamento inadequado (p.e, colocar o nome das crianças no quadro, repreensões verbais).	14		10	2
7. Estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao início do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, materiais ou currículo adaptado)	5	5	10	6
8. Livro de trabalhos de casa (ex. agenda diária)	4	10	7	4
9. Notas diárias para casa (para promover a comunicação com os pais)	2	2	15	7
10. Notas semanais para casa	3	3	11	9
11. Registo diário com os comportamentos-alvo / metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.	4	1	11	9
12. Registo semanal com os comportamentos-alvo / metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.	4	2	9	10
13. Se. . . então recompensa (p.e., se terminares o teu trabalho, então poderás ter tempo livre).	2		10	14
14. Sistema de recompensa (p.e., as crianças recebem autocolantes para o comportamento correcto).	5	1	11	9
15. Sistema custo da resposta (p.e., perder 5 minutos de intervalo por cada trabalho de casa não concluído).	10	1	12	3
16. Recompensa de grupo ou turma (atividade, p.e., especial para todos se toda a turma se comportar).	6	2	12	6
17. Time-out.	7	5	8	1
18. Enviar ao gabinete do diretor.	15	1	8	1
19. Programas ao nível da escola (p.e., as regras da escola, processos disciplinares).	10	2	11	2
20. Organização do espaço género escritório (ex.: o aluno tem barreiras em frente e do lado da secretária para eliminar distrações na sala).	19	3	3	1
21. Mensagens comportamentais gravadas / escritas para lembrar a criança colocadas na mesa de trabalho (p.e, "Fica no lugar", escrito numa placa gravada/escrita e colocada na mesa do aluno).	17	5	3	

Tabela 4: Frequências dos itens.

	Não se encaixa bem no meu método de ensino	Talvez Valesse a pena tentar	As vezes	Regularmente
22. Restrições alimentares (p.e., reter os açúcares, aditivos alimentares, cafeína, alimentos específicos)	18	6	2	
23. Suplementos alimentares (ex.: algas, erva, comida específica)	20	4	1	
24. Trabalho individual ou em pequeno grupo para o treino / reforço de habilidades sociais.	2	3	12	8
25. Sessões individuais ou em pequeno grupo de aconselhamento ou psicoterapia.	7	6	7	4
26. Estimulação da percepção / sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argila para a criança usar quando apresenta comportamentos negativos).	11	6	8	1
27. Sessões de terapia de jogo em pequeno grupo ou individual	10	6	6	3
28. Sessões de terapia cognitiva em pequeno grupo ou individual (ex.: ensinar a criança a se auto-monitorizar, auto-avaliar e auto-controlo)	7	8	6	4

No que se refere a eficácia das técnicas de gestão utilizadas na sala de aula, também o questionário teve espaço para os professores avaliarem esta área. As respostas variam entre se são muito eficaz, moderadamente eficaz, um pouco eficaz e não eficaz. Neste parâmetro muitos professores omitiram as suas respostas, ou seja não responderam, dos poucos professores que responderam os itens em que obtiveram maior número de resposta como muito eficaz são: os aspetos positivos relacionados com as regras e o bom comportamento dos alunos na sala de aula e o sistema de recompensa (1,2,4,5,8,9,11,13,14,16). Os que a maioria dos professores responderam que são moderadamente eficaz são em maior quantidades que os outros e as afirmações também estão relacionadas com os aspetos positivos para o bom comportamento e uma boa postura dos professores com os alunos (3,5,7,8,9,10,11,12,15,16, 17,18,19,24,25,27,28). Já os itens em que a maioria dos professores responderam que são poucos eficazes são: as afirmações que estão relacionadas com os aspetos negativos ou os castigos para os alunos (6,15,18,19). Uma quantidade superior de professores responderam que os seguintes itens (20,21,22,23) não são eficazes porque são itens que estão relacionadas com o castigos para os alunos em que normalmente as crianças não gostam de ser sujeitos a isso.

Tabela 5: Estatística descritiva dos itens. (continua)

	Não eficaz	Pouco eficaz	Moderadamente	Muito eficaz
1. Regras da sala de aula (i.e., as regras identificadas e afixadas na sala).		3	6	9
2. Estrutura da sala de aula (p.e, crianças com problemas de atenção e comportamento sentadas na parte da frente da sala).			8	15
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (p.e., ficar a remexer, mastigar uma caneta).	2	4	9	7
4. Elogiar os comportamentos adequados (p.e., "Gosto da forma como estás a trabalhar em silêncio João").			4	19
5. Dar instruções apropriadas (p.e., "Bruno, fica em silêncio com as mãos quietas" - apropriada versus "Pará quieto"- inadequado).	2	3	8	7
6. Repreender um comportamento inadequado (p.e, colocar o nome das crianças no quadro, repreensões verbais).	4	6	3	1
7. Estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao início do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, materiais ou currículo adaptado)		4	7	4
8. Livro de trabalhos de casa (ex. agenda diária)		1	6	7
9. Notas diárias para casa (para promover a comunicação com os pais)		1	9	8
10. Notas semanais para casa		2	8	7
11. Registo diário com os comportamentos-alvo / metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.		3	7	7
12. Registo semanal com os comportamentos-alvo / metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.		1	11	7
13. Se... então recompensa (p.e., se terminares o teu trabalho, então poderás ter tempo livre).	1	1	8	12
14. Sistema de recompensa (p.e., as crianças recebem autocolantes para o comportamento correto).		2	7	9
15. Sistema custo da resposta (p.e., perder 5 minutos de intervalo por cada trabalho de casa não concluído).	3	4	4	2
16. Recompensa de grupo ou turma (atividade, p.e., especial para todos se toda a turma se comportar).		2	7	7
17. Time-out.	1		4	2
18. Enviar ao gabinete do diretor.	1	3	3	1
19. Programas ao nível da escola (p.e., as regras da escola, processos disciplinares).	1	4	4	2
20. Organização do espaço género escritório (ex.: o aluno tem barreiras em frente e do lado da secretária para eliminar distrações na sala).	4	1	3	
21. Mensagens comportamentais gravadas / escritas para lembrar a criança colocadas na mesa de trabalho (p.e, "Fica no lugar", escrito numa placa gravada/escrita e colocada na mesa do aluno).	3	2	1	
22. Restrições alimentares (p.e., reter os açúcares, aditivos alimentares, cafeína, alimentos específicos)	4	1	2	

Tabela 6: Estatística descritiva dos itens. (continuação)

	Não eficaz	Pouco eficaz	Moderadamente	Muito eficaz
23. Suplementos alimentares (ex.: algas, ervas, comida específica)	3	2		
24. Trabalho individual ou em pequeno grupo para o treino / reforço de habilidades sociais.	1	2	7	5
25. Sessões individuais ou em pequeno grupo de aconselhamento ou psicoterapia.			7	2
26. Estimulação da perceção / sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argila para a criança usar quando apresenta comportamentos negativos).	2	1	5	2
27. Sessões de terapia de jogo em pequeno grupo ou individual	2	2	4	1
28. Sessões de terapia cognitiva em pequeno grupo ou individual (ex.: ensinar a criança a se Auto monitorizar, autoavaliar e autocontrolo)	1	1	4	2

Análise das crenças em função das variáveis sociodemográficas

Os seguintes quadros são os resultados das análises de estudos feitos entre o questionário que avalia as crenças dos professores sobre a hiperatividades e as variáveis do questionário sociodemográfico. Nos quadros estão representados os resultados da relação entre a variável dependente (crenças dos professores - total) com os variáveis independentes.

Ao analisar os dados das crenças em função do género verificou que num total de 34 participantes uma ordem média 15.25 é do sexo masculino e 17.80 sexo feminino. O teste de diferenças não paramétrico, permitiu encontrar um valor da significância de 0.629 o que nos indica que não existe a diferença significativa.

Tabela 7: Crenças em função do género

	Masculino (n=4)	Feminino (n=30)	z	p
Crenças (total- 34	15.25	17.80	0.484	0.629

Numa análise de resultado sobre as crenças e a idade e ano de serviço, num total de 34 participantes, tiveram um resultado de 0.926 no valor de p para a idade o que indica que não existe uma relação significativa entre a idade e crenças dos professores. No mesmo sentido, o valor de P do grau académico (0.806) mostra também que o

resultado é não significativo, ou seja, não existe relação ente as crenças dos professores e o grau académico.

Tabela 8: Crenças em função da idade e ano do serviço.

Crenças (total)	Idade	Ano de serviço	Grau académico
Valor p	0.926	0.608	0.806

Quanto ao resultado encontrado entre as crenças dos professores em função do nível académico que o professor leciona, num total de 34 participantes aqui está referido, encontramos uma ordem média de 19.40 dos professores do 1ºciclo e outro de 14.57 do 2º ciclo enquanto 21.38 dos professores da educação especial. No que se refere ao valor do $p= 0.290$ mostra que não existe diferença nas crenças dos professores entre os níveis do ensino porque o valor não é significativo.

Tabela 9: Crenças em funções do nível académico que leciona.

Crenças	1º Ciclo (15)	2º Ciclo (15)	Outros (4)	X^2	gl	p
Nível de ensino	19.40	14.57	21.38	2.479	2	0.290

Quando se analisou as crenças dos professores em função da sua experiência com alunos com hiperatividade verificou-se, que no total de 34 professores uma ordem média de 19.0 entre os professores que não tiveram experiência com nenhuma pessoa hiperativa, e uma ordem média de 16.29 entre os professores que tiveram experiência com outros (alunos). E o valor de $p= 0.222$ indica que não existe diferença entre a experiência dos professores com indivíduos hiperativos com as crenças dos professores sobre a hiperatividade.

Tabela 10: Crenças em função da experiência com criança hiperativos.

Crenças	Não teve (9)	Outros (24)	X^2	gl	p
Experiencias hiperatividade	19.00	16.29	3.012	2	0.222

No resultado encontrado entre as crenças e a quantidade dos alunos hiperativos que já trabalhou, deu um valor de $p=0.425$ o que mostra que o valor não é significativo e que não existe uma diferença entre crenças dos professores com quantidade de alunos hiperativos que já trabalhou. Enquanto o valor de p entre as crenças e alunos medicados deu um valor significativo ($p<.01$)o que indica que existe relação entre os alunos medicados com crenças dos professores.

Tabela 11: Crenças em função das variáveis (com quantos alunos hiperativos trabalhou, alunos medicados).

Crenças	Quantos alunos hipert. Trabalhou	Alunos medicados
p	0.425	0.001

Fazendo uma análise entre as crenças e a formação dos professores sobre a hiperatividade, o resultado encontrado revela que 16 professores participaram na ação de formação sobre a hiperatividade enquanto 17 professores não participaram. E o valor do $p= 0.913$ indica que não existe diferença nas crenças dos professores em função da formação dos professores.

Tabela 12: Crenças em função da formação sobre a hiperatividade.

Crenças	Sim (n=16)	Não (n=17)	Z	p
Ação de formação	16.81	17.18	0.109	0.913

Referindo aos dados entre as crenças e o ensino em que os professores trabalham, verificou que uma ordem média de 16.97 professores trabalham no ensino regular e uma ordem média de 20.60 trabalham no ensino especial. E o valor do $p= 0.449$ mostra que não existe diferença entre as crenças dos professores e o ensino que trabalham.

Tabela 13: Crenças em função do trabalho no ensino

Crenças	Regular (n=29)	Especial (n=5)	Z	p
Trabalha no:	16.97	20.60	0.758	0.449

Correlação entre crenças em relação a hiperatividade e práticas utilizadas

Para se tentar verificar a existência da relação entre a correlação das crenças com as práticas e eficácia das mesmas foi utilizado o teste de correlação de spearman. Depois da análise dos dados foram encontrados resultados que indiquem a existência da correlação entre as variáveis sujeitos no estudo.

Como se pode observar na tabela seguinte encontra-se uma correlação estatisticamente significativa entre as crenças e as seguintes práticas: estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao inicio do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, matérias ou currículo adaptado) ($r_{sp}=.560$, $p=.004$); registos diários com os comportamentos-alvos/metastas e feedback sobre o cumprimento dos mesmos ($r_{sp}=.501$, $p=.013$); sistema de recompensa (p.e., as crianças recebem autocolantes para o comportamento correto) ($r_{sp}=.481$, $p=.015$); recompensa de grupo ou turma (atividades, p.e., especial para todos se toda a turma comportar ($r_{sp}=.504$, $p=.010$); trabalho individual ou em pequeno grupo para treino/ reforço habilidades sociais ($r_{sp}=.455$, $p=.026$); estimulação da percepção/ sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argilas para a criança usar quando apresenta comportamentos negativo) ($r_{sp}=.453$, $p=.023$) e sessões de terapias de grupos em pequenos grupos ou individual ($r_{sp}=.454$, $p=.026$).

Do mesmo modo foi utilizado o teste de correlação de spearman para verificar a relação entre as crenças e a eficácia das práticas usadas na sala de aula. E nas respostas das análises foram encontrados resultados estatisticamente significativa: elogiar os comportamentos adequados (p.e. "gosto da forma como estás a trabalhar em silencio João") ($r_{sp}=.496$, $p=.019$); estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao inicio do dia com tarefas do trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, matérias ou currículo adaptado) ($r_{sp}=.629$, $p=.012$); trabalho individual ou em pequeno grupo para treino/ reforço habilidades sociais ($r_{sp}=.561$, $p=.030$) e sessões de terapias de grupos em pequenos grupos ou individual ($r_{sp}=.915$, $p=.000$).

Tabela 14: Correlação entre as crenças e práticas, entres as crenas e eficácia das práticas.
(continua)

		Crenças e práticas	Crenças e eficácia da prática
Regras da sala de aula (i.e. as regras identificadas e afixadas na sala).	r	.269	.278
	p	.194	.264
Estrutura da sala de aula (p.e. crianças com problema de atenção e comportamento sentada na parte da frente da sala).	r	.099	.367
	p	.638	.093
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (p.e. ficar a remexer, mastigar uma caneta).	r	-.109	-.003
	p	.614	.989
Elogiar os comportamentos adequados (p.e. “gosto da forma como estás a trabalhar em silencio João”).	r	.064	.496*
	p	.766	.019
Dar instruções apropriadas (p.e. “Bruno. Fica em silencio com as mãos quietas” – apropriadas versus” para quieto” – inadequado).	r	-.168	-.001
	p	.434	.997
Reprender um comportamento inadequado (p.e. colocar o nome das crianças no quadro, repreensões verbais).	r	-.123	-.194
	p	.558	.505
Estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao inicio do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, materiais ou currículo adaptado).	r	.560**	.629*
	p	.004	.012
Livros de trabalhos de casa (ex. agenda diária)	r	.357	.185
	p	.087	.527
Notas diárias para casa (para promover a comunicação com os pais).	r	.263	.134
	p	.204	.607
Notas semanais para casa	r	.279	.440
	p	.177	.077
Registo diário com os comportamentos-alvo/ metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.	r	.501*	.343
	p	.013	.178
Registo semanal com os comportamentos-alvo / metas e feedback do cumprimento dos mesmos.	r	.352	.252
	p	.092	.297
Se...então recompensa (p.e., se terminares o teu trabalho, então poderás ter tempo livre).	r	.206	.264
	p	.323	.248
Sistema de recompensa (p.e., as crianças recebem autocolantes para o comportamento correto).	r	.481*	.453
	p	.015	.059
Sistema custo resposta (p.e., perder 5min. de intervalo para cada trabalho de casa não concluído	r	.345	.041
	p	.091	.895
Recompensa de grupo ou turma (atividade, p.e., especial para todos se toda turma comportar).	r	.504*	-.065
	p	.010	.811
Time-out.	r	.215	.072
	p	.349	.879
Enviar ao gabinete do diretor.	r	-.044	.118
	p	.840	.801

Tabela 15: Correlação entre as crenças e práticas, entres as crenas e eficácia das práticas.
(continua)

		Crenças e práticas	Crenças e eficácia da prática
Programas ao nível da escola (p.e., as regas da escola, processos disciplinares).	r	.300	.248
	p	.155	.462
Organização do espaço género escritório (ex.: o aluno tem barreiras em frente e do lado da secretaria para eliminar distrações na sala).	r	.033	-.256
	p	.875	.541
Mensagens comportamentais gravadas/ escritas para lembrar a criança colocadas na mesa de trabalho (p.e. “Ficar no lugar”, escrito numa placa gravada/ escritos e colocada na mesa do aluno).	r	.160	.564
	p	.454	.244
Restrições alimentares (p.e., reter os açúcares, aditivos alimentares, cafeína, alimentos específicos)	r	.379	.382
	p	.062	.398
Suplementos alimentares (ex.: algas, vervas, comida específica).	r	.281	.866
	p	.184	.058
Trabalho individual ou em piqueno grupo para treino/reforço habilidades sociais.	r	.455*	.561*
	p	.026	.030
Sessões individuais ou em pequeno grupo de aconselhamento ou psicoterapia.	r	.094	.261
	p	.671	.498
Estimulação da perceção/ sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argila para a criança usar quando apresenta comportamentos negativos).	r	.453*	.529
	p	.023	.116
Sessões de terapia de jogo em pequeno grupo ou individual.	r	.454*	.951**
	p	.026	.000
Sessões de terapia cognitiva em pequeno grupo ou individual (ex.: ensinar a criança a se Auto motorizar, autoavaliar e autocontrolo).	r	.399	.454
	p	.054	.258

Relação entre uso de determinada pratica e a perceção da sua eficácia

Por fim, tentou-se perceber se os professores que mais utilizam essas práticas sentem que estas são mais eficazes. Na correlação dos dados deu para perceber algumas correlações entre o uso das práticas e a sua eficácia, nomeadamente: Estrutura da sala de aula (p.e. crianças com problema de atenção e comportamento sentada na parte da frente da sala) (rsp=.423, p=.045); Ignorar pequenos comportamentos inadequados (p.e. ficar a remexer, mastigar uma caneta) (rsp=.671, p=.001); Dar instruções apropriadas (p.e. “Bruno. Fica em silencio com as mãos quietas” – apropriadas versus” para quieto” – inadequado) (rsp=.708, p=.000); Reprender um comportamento inadequado (p.e. colocar o nome das crianças no quadro, repreensões verbais) (rsp=.798, p=.001); Estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao inicio do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, materiais ou currículo adaptado) (rsp=.691, p=.004); Notas diárias para casa (para promover a comunicação com os pais) (rsp=.504,

p=.033); Sistema custo resposta (p.e., perder 5min. de intervalo para cada trabalho de casa não concluído) (rsp=0.814, p=0.001); Recompensa de grupo ou turma (atividade, p.e., especial para todos se toda turma comportar) (rsp=.665, p=.005); Time-out. (rsp=.791, p=.034); Enviar ao gabinete do diretor (rsp=.809, p=.015); Programas ao nível da escola (p.e., as regras da escola, processos disciplinares) (rsp=.862, p=.001); Organização do espaço género escritório (ex.: o aluno tem barreiras em frente e do lado da secretaria para eliminar distrações na sala) (rsp=.979, p=.000); Sessões individuais ou em pequeno grupo de aconselhamento ou psicoterapia (rsp=.798, p=.010) e Estimulação da perceção/ sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argila para a criança usar quando apresenta comportamentos negativos) (rsp=.803, p=.005).

Tabela 16: Relação entre uso das práticas e a sua eficácia. (continua)

Uso das práticas	Eficácia	
Regras da sala de aula (i.e. as regras identificadas e afixadas na sala).	r	0.400
	p	0.100
Estrutura da sala de aula (p.e. crianças com problema de atenção e comportamento sentada na parte da frente da sala).	r	0.423
	p	0.045
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (p.e. ficar a remexer, mastigar uma caneta).	r	0.671
	p	0.001
Elogiar os comportamentos adequados (p.e. “gosto da forma como estás a trabalhar em silencio João”).	r	-0.098
	p	0.657
Dar instruções apropriadas (p.e. “Bruno. Fica em silencio com as mãos quietas” – apropriadas versus” para quieto” – inadequado).	r	0.708
	p	0.000
Reprender um comportamento inadequado (p.e. colocar o nome das crianças no quadro, repreensões verbais).	r	0.798
	p	0.001
Estratégias pedagógicas (ex.: um dossier ao inicio do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, materiais ou currículo adaptado).	r	0.691
	p	0.004
Livros de trabalhos de casa (ex. agenda diária)	r	0.085
	p	0.783
Notas diárias para casa (para promover a comunicação com os pais).	r	0.504
	p	0.033
Notas semanais para casa	r	0.311
	p	0.224
Registo diário com os comportamentos-alvo/ metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.	r	0.424
	p	0.089
Registo semanal com os comportamentos-alvo / metas e feedback do cumprimento dos mesmos.	r	0.394
	p	0.089

Tabela 17: Relação entre uso das práticas e a sua eficácia. (continua)

Uso das práticas	Eficácia	
Se...então recompensa (p.e., se terminares o teu trabalho, então poderás ter tempo livre).	r	0.386
	p	0.076
Sistema de recompensa (p.e., as crianças recebem autocolantes para o comportamento correto).	r	0.399
	p	0.101
Sistema custo resposta (p.e., perder 5min. de intervalo para cada trabalho de casa não concluído	r	0.814
	p	0.001
Recompensa de grupo ou turma (atividade, p.e., especial para todos se toda turma comportar).	r	0.665
	p	0.005
Time-out.	r	0.791
	p	0.034
Enviar ao gabinete do diretor.	r	0.809
	p	0.015
Programas ao nível da escola (p.e., as regas da escola, processos disciplinares).	r	0.862
	p	0.001
Organização do espaço género escritório (ex.: o aluno tem barreiras em frente e do lado da secretaria para eliminar distrações na sala).	r	0.979
	p	0.000
Mensagens comportamentais gravadas/ escritas para lembrar a criança colocadas na mesa de trabalho (p.e. “Ficar no lugar”, escrito numa placa gravada/ escritos e colocada na mesa do aluno).	r	1.000
	p	-
Restrições alimentares (p.e., reter os açúcares, aditivos alimentares, caféina, alimentos específicos)	r	1.000
	p	-
Suplementos alimentares (ex.: algas, vervas, comida específica).	r	0.612
	p	0.272
Trabalho individual ou em pequeno grupo para treino/reforço habilidades sociais.	r	0.196
	p	0.485
Sessões individuais ou em pequeno grupo de aconselhamento ou psicoterapia.	r	0.798
	p	0.010
Estimulação da perceção/ sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argila para a criança usar quando apresenta comportamentos negativos).	r	0.803
	p	0.005
Sessões de terapia de jogo em pequeno grupo ou individual.	r	0.609
	p	0.082
Sessões de terapia cognitiva em pequeno grupo ou individual (ex.: ensinar a criança a se Auto motorizar, autoavaliar e autocontrolo).	r	1.000
	p	-

3.7 Discussão

A investigação apresentada foi elaborada para responder a um objetivo geral que se centra em explorar a relação entre as crenças dos professores sobre a hiperatividade com as práticas exercidas na sala de aula. Além disso, foi feita a correlação entre as variáveis apresentado no questionário e as crenças dos professores. Verificou que na análise das crenças em função do género o resultado mostrou que não existe uma relação significativa, o que indica que o sujeito ser feminino ou masculino não tem qualquer influência sobre os seus conhecimentos da PHDA. Nas análises em função da idade, ano de serviço e grau académico os resultados não são significativo o que indica que não existe uma relação entre estes variáveis e as crenças, estes resultados mostra que a idade dos professores, ano de serviço e grau académico não influencia nos conhecimentos das crenças da hiperatividade, ou seja, se o professor tem mais idade ou menos, também a mesma coisa com o ano de serviço e grau académico não faz qualquer diferença sobre o conhecimento da Hiperatividade, nesta perspetiva verificamos que a H_2 não foi confirmada, constatando que a idade do professor, género ou grau académico não possuem qualquer influencia sobre o conhecimento da hiperatividade.

Rohde & Benczik (1999, cit in Luft, s.d; Ceregato, 2008), indicam que no modelo do inclusão escolar os alunos irrequietos, indisciplinados e hiperativos na sua reflexão deviam ser incluídos, mas que talvez seria melhor medicados, para os professores e a escola seja mais fácil trabalhar com a homogeneização na sala de aula. Portando diagnosticar, acompanhar e medicar seria então uma acção complementar ao lidar com os alunos com hiperactividade. Na constatação do estudo de correlação feita entre as crenças e aos alunos medicados na sala de aula e alunos com hiperatividade que já trabalhou o resultado do valor de p nos indica que na questão de quantidade de alunos com hiperatividade que já trabalhou não existe relação significativo o que impulsa dizer que a quantidade de alunos com hiperatividade que os professores já trabalharam não influenciam que eles possam ter mais conhecimentos que os outros que já trabalharam com menos ou nem mesmo trabalhar com alunos hiperativos, dando sequencia a esta afirmação leva-nos acreditar que neste estudos a H_1 não foi confirmada o que talvez pode acontecer pelo fato dos professores se comunicarem muito e possam ganhar conhecimento sobre a hiperatividade. Esta hipótese vai de encontro ao argumento que diz que normalmente os professores são os que reconhecem mais rápido que os pais os

sintomas da hiperatividade nos alunos, explicado pela experiência de contatar com grandes números de com hiperatividade e observa o desenvolvimento das crianças e notas as diferenças e faz o encaminhamento para o especialista (Castro & Naves, 2012). Este argumento ainda se acaba por confirmar que a H_1 não foi confirmada porque na correlação entre as crenças e experiência de trabalhar com crianças com hiperatividade o valor do p foi de 0,222 o que significa que não existe uma relação significativa constatando que não existe nenhuma diferença entre os professores que já tiveram experiência com alunos com hiperatividade com os que não tiveram.

Mas em relação aos professores que já trabalharam com alunos medicados da hiperatividade o valor de p foi de 0,001 o que significa que o valor é significativo e que existe uma relação entre as crenças do professores e trabalhar com alunos medicados na sala de aula. Talvez por estar em contato com alunos medicados os professores procuram saber mais informação de o assunto e isso talvez indica que os professores que possuem alunos com a medicação possuem mais conhecimento sobre a hiperatividade do que os outros professores. Nesta sequencia e com o que a literatura referiu acima sobre a medicação dos alunos com hiperatividade, isso confirma que a H_3 foi confirmada que diz que “professores acreditam que alunos medicados conseguem ter melhor atenção nas aulas.

A continuação da análise das variáveis, apresentando a correlação entre as crenças e o nível acadêmico que o professor leciona, o valor do p nos indica que não existe a relação porque o valor não é significativo, o que mostra que o nível acadêmico que o professor leciona não tem influência. Agora referindo a relação entre as crenças e formação dos professores sobre a hiperatividade o valor de p nos indica que não existe uma relação significativo, o que mostra que não existe diferença entre os professores que já tiveram a formação sobre a hiperatividade com os professores que não tiveram a formação, isso esclarece que o fato dos professores terem tido ou não a formação sobre a hiperatividade não influencia no conhecimento. Também referindo a correlação entre as crenças e o trabalho do ensino dos professores o valor de p não é significativo o que mostra que não existe uma diferença entre os professores que trabalham no ensino regular e os que trabalham no ensino especial, isso significa que o fato de um professor ser do ensino regular ou especial não possuem qualquer influência sobre o conhecimento da hiperatividade.

Para dar respostas ao objetivo foi dado aos professores um questionário que avaliasse os seus conhecimentos sobre a hiperatividade, e a partir das suas respostas

percebe os conhecimentos dos professores sobre a hiperatividade. Foram analisados os dados recolhidos e destes resultados, de acordo com as análises de dados, verificou-se que a maioria dos professores concordavam que as crianças com PHDA possuem uma vulnerabilidade biológica em relação a desatenção e baixo autocontrolo, e isso segundo a literatura as respostas da maioria dos professores estão certas, visto que existem vários estudos que apontam que a principal característica dos alunos com hiperatividade é a falta de atenção e pouco autocontrolo, segundo Barbosa, Polanczyk, Rohde & Tramontina (2000), os três componentes clássicos da caracterização da PHDA são: a desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Também uma das afirmações onde a maioria dos professores responderam que concordavam com a afirmação foi a que relata que uma criança pode ser diagnosticada corretamente como tendo a PHDA e não se apresentar necessariamente hiperativa, se associamos esta resposta a afirmação onde diz que existem alunos com défice de atenção com caráter desatento, ou seja, a criança é desatenta mais não necessariamente hiper ativa, também tendo em consideração que muitas vezes existem crianças ditas “normais” que são hiper ativas e brincalhonas que muitas vezes são confundidos com crianças com PHDA, uma vez que estas características são comuns em crianças com esta faixa etária (APA, 2002; Correia, 2008). Na literatura vários autores (Gaeff & Vaz, 2006) relatam que os alunos com PHDA precisam de lugares silenciosos, sem muitos estímulos distratores, ambiente confortável para estudar, segundo esta afirmação a resposta em que a maioria dos professores responderam positivamente sobre a pergunta que fala que crianças com PHDA necessitam constantemente de um ambiente tranquilo e silencioso para poderem concentrar, está de acordo com a literatura, o que significa que as respostas dos professores estão de acordo com os estudos anteriormente realizados.

A afirmação da resposta onde fala que a desatenção das crianças com PHDA não é uma consequência direta do comportamento desafiante, oposicional e da falta de vontade de colaborar com os outros teve uma resposta da maioria dos professores que concordavam com a afirmação, o que indica que a resposta dos professores vão de encontro com a maioria dos estudos feitos porque autores defendem que o comportamento dos alunos com PHDA não é propositadamente mais que esta associado com PHDA, literatura que revela que a PHDA está associado à reprovações, baixo rendimento académico, baixa autoestima, comportamento delinquente, conflito na vida

adulta caso não conseguir transferir esta energia para outras coisa, esta afirmação da literatura também vai de encontro com a pergunta onde relata que as crianças com PHDA têm maior risco de se tornarem delinquentes na adolescência, segundo a respostas dos professores a maioria responderam nulo, ou seja, demonstraram que não tinham certeza ou talvez que esta afirmação não seja verídica porque em algumas literatura (ABRAPEE, 2007) fala que as crianças com PHDA tem uma forte tendência em se tornarem delinquentes ou podem usar drogas mas também existem literatura que defendem que as crianças com PHDA, com a chegada da vida adulta podem se tornar mais calmas ou podem encontrar uma atividade que lhes façam gastar muita energia e se sentirem satisfeito com a sua vida profissional, esta afirmação esta de encontro com a resposta em que a maioria dos professores responderam positivamente, ou seja, uma afirmação onde fala que a maioria das crianças com PHDA ultrapassa a sua doença e são normais com a idade adulta. Segundo a literatura antigamente acreditava-se que as crianças com PHDA conseguem superar está problemática com a chegada da puberdade, mas existem estudos recentes que relatam que o diagnóstico da PHDA continua até a idade da adolescência e que cerca de metade dos adultos possuíam a PHDA na infância continuam com alguma dificuldade funcional, e que ao longo do progresso diminui a hiperatividade mas que défice de atenção e impulsividade continuam principalmente no aspeto cognitivo (Rohde & Halpen, 2004; Amaral et Al., 2010). Tendo em consideração esses dois argumentos sobre o possível desaparecimento dos sintomas da PHDA, ou se tornarem delinquentes é aceitável a respostas dos professores como a maioria deles responderam nulo, ou seja, não concordam nem discordam.

Um dos componentes muito falado na PHDA é o processo de medicação, porque existem crianças que só conseguem estar calmos e controlados na base da medicação, este argumentos vai de encontro a duas questões feitas no questionário onde a maioria dos professores responderam que discordavam com a afirmação, visto que a pergunta relata que PHDA é uma perturbação médica que pode ser tratada apenas com recursos a medicação e que se existe a medicação as outras intervenções com as educacionais são desnecessária, esta resposta dos professores em discordar com as afirmações estão de acordo com a literatura, uma vez que esta defende que para o tratamento da PHDA é preciso um trabalho multidisciplinar que inclui pais, professores e outros profissionais de saúde. Este argumento defende que o tratamento da PHDA nas crianças baseia-se na

reorganização dos seus comportamentos, permitindo o ajustar das suas atitudes perante o ambiente familiar, escolar e social recorrendo a psicoterapia e a terapia farmacológica. Portanto, em consideração a estes argumentos os professores estão de acordo com a literatura (Amaral et al., 2010; Rotta, 2006).

No que se referia a afirmação que comentasse que a PHDA é tao frequente nos rapazes como nas raparigas a maioria dos professores responderam que concordavam com a afirmação, o que significa que a PHDA não é uma perturbação apenas de um dos sexos mas sim pode abranger a rapazes e raparigas de igual modo, mas segundo os autores (Blázquez-Almería, Joseph-Munné & Burón-Masó, 2005; Fernandes, 2001; Poeta & Neto, 2004) vários estudos apontam que a PHDA é mais frequente no sexo masculino que no feminino independentemente do métodos de recolha da informação, também o DSM-IV (2002) refere que é mais frequente o PHDA no sexo masculino que no feminino, com uma proporção que varia entre 2:1 a 9:1, dependendo do tipo porque se for do predominantemente desatento, a relação entre o género é menos pronunciado. Segundo Parker (2006) nos Estados Unidos o número de rapazes com PHDA são superiores aos das raparigas com perturbação o que na opinião do autor, pode ser pelo fato da PHDA nas raparigas sejam menos evidentes. Ao analisar o resultado do estudos com os apresentados na literatura feitos em outros estudos nos demonstra que a resposta dos professores não se encontra em concordância com outros estudos feitos ou a literatura apresentada, o que nos leva a constatar que neste parâmetro os professores não possuem um conhecimento suficiente da informação ou também por limitações de amostra não deveríamos generalizar a informação.

Referindo as causas do PHDA, uma afirmação do questionário fala que a PHDA pode ser causada por práticas parentais desajustadas e segundo a resposta da maioria dos professores concordam com a afirmação, mas na literatura não foi encontrado uma situação que demonstra que esta pratica seja causa do PHDA mas sim que esta perturbação afeta o relacionamento familiar e bom ambiente parentais visto que essa preocupação atinge a família. Mas analisando uma outra respostas dos professores onde a maioria responderam que discordavam com a afirmação, que fala praticamente sobre mesmo assunto, ou seja, afirmação diz que a PHDA decorre frequentemente de uma vida familiar disfuncional ou caótica, pela respostas dos professores não concordam com a afirmação, mas concordam que a PHDA pode ser causada por praticas parentais desajustada, analisando bem estas duas afirmações nos leva a crer que o professores

caíram em contradições ou que devido a pouca amostra não se pode confiar com exatidão nas informações recolhidas, porque Johnston e Mash (2001) referiram nos seus trabalhos que existem estudos feitos em diversos países com pais de crianças com PHDA que demonstram uma maior prevalência de insatisfações e conflitos conjugais, presenças de sintomas psíquicos (ansiedade e depressão) e alterações na relação pai-filho como estilos disciplinares altamente diretivos e hostis ou excessivamente permissivos (Guilherme, Mattos, Pinheiro & Regalla, 2007). Contudo, isto permite perceber que a hiperatividade, para além do comprometimento das diversas áreas acima referidas, também interfere com o funcionamento familiar e o relacionamento conjugal dos pais do portador (Guilherme, Mattos, Pinheiro & Regalla, 2007). Com esta afirmação da literatura verifica-se que a PHDA não é uma causada pelo mau ambiente familiar mais que pode afetar para no seu relacionamento.

Existem duas afirmações que no questionário que são como passíveis indicadores do PHDA, ou seja, as afirmações são os seguintes: se uma criança tiver uma excelente notas num dia e péssimas no seguinte, não pode ter PHDA, a outra é se uma criança consegue jogar playstation várias horas, provavelmente não terá PHDA. Segundo as respostas da maioria dos professores não concordam com a afirmação, o que nos indique talvez que estas afirmações não são verdadeira, ou seja, uma criança com PHDA também poderá ter este comportamento. Baseando na literatura esta afirmação não está de acordo com a maioria dos estudos feitos porque defendem que uma criança com PHDA e soube o tratamento pode ter um comportamento normal como qualquer criança, apenas precisa de mais cuidados. A literatura indica que a dificuldade de aprendizagem em alunos com PHDA pode ser explicada em função dos sintomas que esta apresenta, como a desatenção, agitação, impulsividade, uma vez que são característica da própria perturbação e por este motivo a escola deve estar atenta aos seus comportamentos e aprendizagem (Fonseca, 2008).

No mesmo aparamento esta a afirmação que os alunos com PHDA só conseguem sair-se melhor se conseguem esforçarem muito, e a resposta de maioria dos professores é que discordam com esta afirmação, o que nos dá a entender que as crianças com PHDA podem ter uma boa capacidade para os estudos, apenas que precisam ser controlados e acompanhados para que não apresentem dificuldades académicas. A literatura revela que as crianças com PHDA apresentam uma incapacidade de estabelecer prioridades, uma baixa tolerância para organizar tarefas o que pode refletir

no seu rendimento acadêmico (APA, 2002), mas isso não é suficiente para nos indicar podem ter uma incapacidade para os estudos se estiver a ser tratados.

Nas afirmações em que a maioria dos professores responderam nulos, ou seja, não concordam e nem discordam, foi afirmação que indicam como causas ou fatores que levam o surgimento da PHDA (itens: 2,11,13,16,18,20), aqui analisando a resposta dos professores revelam que não sabe se isso é verídico ou não, e recorrendo a literaturas existem frases que nos indicam que a possível ingestão de açúcar pode ser prejudicial para a saúde das crianças com PHDA mas não que seja uma causa. Para Sciutto e colaboradores (2000) existem professores que sabem que a ingestão de açúcar é potencia os sintomas de hiperatividade, mas quando as outras afirmações a literaturas não nos revela se estas afirmações são verdadeiras ou não portanto a postura dos professores estão corretas.

No que se refere ao questionário que fala sobre as técnicas que os professores utilizam na sala de aula e as sua eficácia, a resposta dos professores foi muito limitada o que nos dificultou na análise de dados porque são poucos os professores que responderam e isso dificulta a análise dos resultados. Dos que responderam a maioria respondeu que utilizam com mais frequências as técnicas positivas na sala de aula como por exemplo: regras na sala de aula, organizar a estrutura da sala de aula, elogiar os comportamentos adequados, ou seja, usam estratégias que não assustam os alunos mais sim que os coloca mais pertos dos professores (itens: 1,2,4, 5,12,13) e em contra partida também responderam que estas técnicas são os mais eficazes dos que usam, e analisando as respostas dos professores com a literatura nos indicam que eles usam uma boa técnica porque segundo os estudos estas técnicas são os mais eficazes. Na literatura as seguintes técnicas são importante para o desenvolvimento eficaz da aprendizagem do aluno: o professor preocupar com a dificuldade de cada aluno e tentar ajudar, dar feedback dos progressos dos alunos, criar tarefas lúdicas de forma a incentivar aprendizagem, elogiar o bom desempenho, entre outros; por estas razões nos indica que os professores têm utilizado boas técnicas para lecionar com alunos com hiperatividade.

Também existem técnicas que os professores não utilizam frequentemente, mas sim às vezes e outras que talvez valesse a pena tentar, que tem a ver com técnicas positivas mas que consideram que não é importante usar varias vezes então utilizam apenas em algumas momentos, de entre estas técnicas também consideram que são eficazes não tao eficaz como os que indicaram primeiro ou que utilizam frequentemente mas são bom (itens: 3,7,9,10,11,25).

Agora entre as técnicas que os professores responderam que não se encaixavam no seu método de ensino itens que vão de encontro a punição ao alunos com hiperatividade e também alguns itens que em algum lugares estão citadas com técnicas que podem se utilizadas mas como foram pouco os professores que responderam obtivemos poucos números de votos e que dificulta o resultado da informação, mas dos que tem a ver com a punições ou castigos estão registadas pela maioria dos professores como sendo pouco eficazes. A literatura defende que os alunos com PHDA devem ser evitadas as punições, expulsão ou advertência e quando for realmente necessários estas coisas é preferível que sejam bem esclarecidos os motivos (Afonso, 2011).

Conclusão

Durante o percurso do estudo percebeu-se que a PHDA é uma perturbação própria da faixa etária das crianças do ensino básico, o que não exclui que também pode continuar na adolescência ou idade adulta, caracterizada pela desatenção, impulsividade e agitação. No decorrer do estudo fala-se sobre as suas características, diagnóstico, prevalência, tratamento entre outros, o que revela que o conhecimento sobre todos os aspetos desta perturbação é importante para o avanço do seu tratamento ou criar propostas para conviver com esta perturbação de forma que não seja um impedimento na vida dos afetados.

Também foi revisto a PHDA no contexto escolar e principalmente o contacto do professor com os alunos apresentam esta perturbação. No seguimento da leitura nota-se que os professores são um componente importante para a evolução dos alunos na sala de aula, mas que são poucos os estudos sobre esta problemática e sobre como intervir com mais precisão. Normalmente atribuem esta tarefa aos psicólogos, aos pais ou outros profissionais do contexto como possível adaptador do aluno ao contexto escolar. Os professores normalmente veem estes alunos como perturbadores da aula, distraem os colegas e tem problemas de relacionamento, em virtude da agitação que possuem comprometem as suas próprias aprendizagem e as vezes dos seus companheiros.

Portanto considera-se importante que os professores possam ter mais conhecimento sobre a PHDA, e se não tiver que se preocupam em procurar informações a fim de criar estratégias para auxiliar os alunos, tantos os com hiperatividade como os que não têm a hiperatividade.

Tendo em consideração as respostas dos professores nos dois questionários, podemos dizer que os professores possuem um conhecimento razoável sobre a Hiperatividade/Défice de Atenção, e que a maioria das respostas que deram foi de encontro com o diz a literatura sobre a PHDA. Segundo os dados dos professores, alguns deles que não são do ensino especial, procuram frequentar uma formação que fala sobre a hiperatividade para complementar ao ampliar a seu conhecimento no assunto e saber criar estratégias para lidar com estas crianças.

Quanto às técnicas da gestão de sala de aula, pelas respostas dos professores podemos dizer que a maioria dos professores responderam que usam as técnicas que

sejam mais apelativos e convenientes pelos alunos com hiperatividade, mas a percentagem da amostra que responderam este questionário não nos ajudar fazer uma conclusão acertada. O resultado nos indica que os professores costumam utilizar com mais frequência as indicações que segundo a literatura são mais apropriados para os alunos com hiperatividade. Segundo os professores usando estas técnicas conseguem captar a atenção dos alunos com hiperatividade na sala de aula.

Para finalizar pode-se dizer que os professores em geral se preocupam com o bem-estar dos seus alunos, apesar dos que não tem conhecimento sobre o assunto procuram pesquisar ou preferem que os professores que possuem mais experiencia no assunto para lecionar os alunos.

No seguimento, apresentam-se sugestões para estudos futuros e limitações encontradas durante o estudo. Com base nos resultados desde estudo, são sugeridas alguns pontos para futuras pesquisas: Fazer o mesmo estudo durante todo o ano da escola e com maior número de amostra, certamente obterá outros resultados; Realizar um estudo com os alunos com PHDA e os efeitos das criatividades dos professores com esses alunos no resultado académico; Investigar a preocupação dos professores na pesquisa de informação para auxiliar os alunos com PHDA; Investigar o papel do psicólogo escolar no processo de avaliação e acompanhamento de casos de PHDA na escola; Realizar um estudo com os professores da educação especial sobre o desenvolvimento académico, social e emocional dos alunos com PHDA. As principais limitações do estudo, podem-se apontar: Os poucos estudos sobres as crenças dos professores relacionados com as práticas educativas na sala de aula, dificultou muitas informações; Muitas informações sobre a PHDA as vezes dificulta selecionar quais são as informações mais pertinentes para colocar neste estudo; Dificuldades em encontrar escolas que aceitasse a aplicação dos instrumentos; As amostras selecionadas, reduzida, pela fraca participação de professores que preenchiaram os questionários.

Referencias Bibliográficas

- Americana Psiquiatria Associação. (2002). *Manual de Diagnostico e estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, C., Coutinho, G. & Mattos, P. (2007). Desempenho neuropsicológico de tipo de transtorno de deficit de atenção hiperatividade em tarefa de atenção visual. *Jornal Brasileira Psiquiatria*, 56 (1), 13-16.
- Araújo, R., Carreiro, L., Jorge, M. Oliveira, T., Panhoni, V. & Tebar, M. (2008). Importância da interdisciplinaridade para avaliação e acompanhamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Práticas*, 10 (2), 61-67.
- Areosa, S.V.C., Raabe, M. B., Lawisch, D. F., Fensterseifer, C.L. & Dallanora, A.R. (2007). A relação da escola com o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade nos vales do Rio Pardo e Taquari – RS: um pensamento atual. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (01); 29-33.
- Araújo, A. P.Q.C. (2002). Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*, 78 (1), 104-110.
- Afonso, M. (2010). *Disortografia: Compreender para Intervir*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Amaral, B., Jou, G., Pavan, C., Schaefer, L., & Zimmer, M. (2010). Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 23 (1), 29-36.
- Beling, E. (2007). *A hiperatividade*. Dissertação para pós-graduação para obtenção de título de Especialista em Psicopedagogia. Faculdade de Jacarepaguá. Rio de

Janeiro

- Batista, A. M. (2011). *Transtorno Deficit de Atenção e Hiperatividade: O Atendimento Especializado na Perspetiva dos Professores da sala de Recursos*. Monografia para obtenção de título de Especialista em Desenvolvimento Humana, Educação e Inclusão Escolar. Universidade de Brasília.
- Brzozowski, F.S., Brzozowski, J.A. & Caponi, S. (2010). Classificações interativas: o caso do Transtorno de Deficit de Atenção com Hiperatividade infantil. *Comunicação saúde educação, 14* (35), 891-904.
- Barbosa, G.; Polanczyk, O., Rohde, L. & Tramaltina, S. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira Psiquiatria, 22* (2),7-11.
- Castro, E.M. & Naves, E.C.V. (2012). A Hiperatividade no Contexto Escolar. *Cadernos FUNCAMP, 10* (13); 56-70.
- Caliman, L.A. (2010).Notas sobre a Historia Oficial do Transtorno do Deficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão, 30* (1), 46-61.
- Chaban, P., Ferguson, B., Martinussen, R.L., McInnes, A. & Tannock, R. (2006). Increasing Awareness and Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Education to Promote Better Academic Outcomes for Students With ADHD. *Exceptionality Education Canada, 16* (3), 107-128.
- Ceregato, M. (2007). Hiperatividade e ação docente: subsídio para intervenção. *Revista Ser: Saber, Educação e Reflexão, 1* (2), 47-59.
- Cardoso, M. F. P. (2013). *Percepção dos professores de 1º ciclo do ensino básico face aos comportamentos perturbadores de crianças com perturbação de hiperatividade com déficit de atenção*. Dissertação de mestrado Ciência da Educação na Especialidade Domínio Cognitivo-Motor. Escola Superior de Educação João de Deus.

Center for Children and families, University at Buffalo (s.d).Técnicas de gestão na sala de aula. Disponível em: http://ccf.buffalo.edu/pdf/Classroom_Techniques.pdf: retirado,19/02/2013

Costa, R. S. L. (2009). *Competências Sociais em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Dissertação para obtenção de grau de mestrado em Educação. Instituto de psicologia da Universidade do Minho.

Correia, L. (2007) Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específica. *Revista Brasileira da Educação Especial*, 13 (2), 155-172.

Corrêia, F. M. & Socha, K. (2011). *Procedimentos dos profissionais de educação frente a suspeita de Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)*. Artigo apresentado ao curso de Pós – Graduação Lato Sensu em Neuropsicologia Educacional da Universidade do Contestado.

Curtis, D., Pisecco, S., Hamilton, R. & Moore, D. (2006). Teacher Perceptions of Classroom Interventions for Children with ADHD: A Cross–Cultural Comparison of Teachers in the United States and New. *School Psychology Quarterly*, 21 (2),171-196.

Carreiro, L. R.R. & Colaboradores (2008). Importância da interdisciplinaridade para avaliação e acompanhamento do transtorno de deficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia: teoria e prática*, 10 (2),61-67.

Desidério, R.C.S. & Miyazaki, M.C. O.S. (2007).Transtorno e Deficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Orientação para Família. *ABRAPEE*,2 (1),165-178.

Damazio R. (2012). *A Percepções dos Professores Sobre a Contribuição do Psicopedagogo no Processo Ensino-Aprendizagem da Criança com TDAH*. Monografia para obtenção do título de Especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE.

- DuPaul, G.J., Weyandt, L.L. & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: effective intervention strategies. *Theory into practice*. 50 (1), 35-42.
- Espada, C.S.F. (2011). *Atitudes dos professores do 1º ciclo face a inclusão de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)*. Dissertação para grau de Mestre em Ensino Especial pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Ferreira, M., Franco, G. & Pereira, S. (2009). Necessidades de (in) Formação dos Professores dos Relativamente à PHDA Em Contexto Escolar: O Caso do Conselho de Santa Cruz. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga. Universidade do Minho.
- Freire, A.C.C. & Pondé, M.P. (2005). Estudo Piloto da Prevalência do Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade entre Crianças Escolares na Cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 63 (2-B),474-478.
- Fonseca, J. (2008). *Dificuldades de aprendizagem*. Dissertação para pós-graduação. Faculdade Integradas de Jacarepaguá. Rio de Janeiro.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da conceptualização à realização*. Lisboa: Edições Lusociência.
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Pinheiro, M. A. S. & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno deficit de atenção e hiperatividade (TDHA) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileira Psiquiatria*, 56 (3), 201-207.
- Graeff, R. L. & Vaz, C. (2006). Personalidades de Crianças com Transtorno Deficit de Atenção e Hiperatividade por Meio do Rorschach. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 269-276.
- Johnson, B. & Christensen, L. (2008). *Educational Research: Quantitative, Qualitative and Mixed Approaches*. Alabama: Sage.

- Johannpeter, J., Lyszkowski, L., Knapp, P. & Rohde, L. A. (2002). *Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Deficit de Atenção /Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Jovorsky, J. & Zentall, S.S. (2007). Profession Development for Teachers of Students With ADHD. *Behavioral disorders*. 32(2), 78-93.
- Luft, S. (s.d). Representações Sociais e Hiperatividade: resultados de uma pesquisa com professores. 2-12.
- Lourenço, M. I. S. R. (2009). *Hiperatividade e Défice de atenção em contexto escolar: Estudos comparativos das Percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial em Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Lopes, C.M.A. (2009). *Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperatividade: Estudo para a aferição à população portuguesa*. Dissertação para Mestrado na Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação.
- Thompson, J.J.M. & Colaboradores (2009). A Small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 18,605-616
- Machado, V.B. (2007). *O Professor e a Inclusão do Aluno com Deficit de Atenção e Hiperatividade*. Dissertação para obtenção do Mestre em Psicologia Escolar. PUC-CAMPINAS.
- Mendosa, P.V.C.F. (2012). *Treinamento de criatividade com professores: efeito na criatividade e no rendimento escolar de alunos*. Dissertação para obtenção de título de Doutor em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração: Desenvolvimento Humano e Educação. Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia.

- Ramos, A.S.S. (2012). *Qual a percepções dos professores do primeiro e segundo ciclo e educadores de infância sobre a importância do jogo para a intervenção em alunos com hiperatividade*. Dissertação de mestrado em Ciência da Educação na Especialidade Domínio Cognitivo-Motor. Escola Superior de Educação de João de Deus.
- Rohde, L.A., Constantino, E., Benetti, L., Galliois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clinicas e terapêuticas. *Revista Psiquiatria Clinica*, 31 (3), 124-131
- Ramalho, J., Señorán, M. G. & González, S. G. (2011). Auto-Instruções: Estratégias de Regulação Atencional da THDA. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (1), 180-185
- Rohde, L.A & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2 supl), 61-70
- Vasconcelos, M. M. & Colaboradores (2003). Prevalência do Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade numa Escola Pública Primário. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 61 (1), 67-73.

Anexo

Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Neste trabalho estamos interessados em perceber o modo como os professores lidam com alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Vamos apresentar-lhe o que alguns professores pensam e queremos que nos diga em que grau concorda com essas afirmações. Para tal, responda a todas as questões utilizando as escalas que são apresentadas.

Isto **não é um teste**. Não existem respostas certas nem erradas. Estamos apenas interessados em perceber como lida com alunos com PHDA. Algumas afirmações podem parecer parecidas mas são diferentes e importantes para perceber melhor a sua opinião sobre o tema deste estudo. As suas respostas são **anónimas e confidenciais** e ninguém na escola terá acesso a elas.

Informações sócio-demográficas

1. Sexo:_____ 2. Idade:_____ 3. Anos de serviço: _____ 4. Nível de ensino que lecciona: _____
5. Grau académico mais elevado: _____
6. Tem alguma experiência pessoal com indivíduos com Hiperatividade (*assinale a que se aplica*):
Não ____ Filho ____ Familiar ____ Amigo____ Outro (*especifique*)_____
7. Aproximadamente, com quantos alunos trabalhou com diagnóstico de Hiperatividade? _____
8. Aproximadamente, quantos dos alunos diagnosticados com hiperatividade seguiam medicação:
Nenhum____ Cerca de ¼ _____ Cerca de ½ _____ Todos _____ (*assinalar o que se aplica*)
9. Para os que estão/estavam medicados, quantas vezes contactou (por telefone ou pessoalmente) com o médico que acompanhou a criança: Nenhum____ Cerca de ¼ _____ Cerca de ½ _____ Todos _____ (*assinalar o que se aplica*)
10. Participou em alguma acção de formação específica sobre hiperatividade: Sim/Não (*riscar o que não interessa*)
11. Trabalha no Ensino Regular/Ensino Especial (*riscar o que não interessa*)

Crenças acerca da Hiperatividade

Curtis (2006)

Instruções: Seguidamente irá encontrar um conjunto de afirmações acerca do que pensa sobre a natureza da Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). *Por favor use a seguinte escala:*

1= Discordo Totalmente 2 = Discordo 3 = Neutro/Desconheço 4 = Concordo 5 = Concordo Totalmente

Por favor circule uma opção:

	DT	D	N	C	CT
1. A PHDA pode ser causada por práticas parentais desajustadas.	1	2	3	4	5
2. A PHDA é frequentemente causada pela ingestão de açúcares ou aditivos alimentares.	1	2	3	4	5
3. Crianças com PHDA nascem com vulnerabilidades biológicas em relação à desatenção e baixo auto-controlo	1	2	3	4	5
4. Uma criança pode ser diagnosticada correctamente como tendo PHDA e não se apresentar necessariamente hiper activa.	1	2	3	4	5
5. Crianças com PHDA necessitam constantemente de um ambiente tranquilo e silencioso para poderem concentrar-se nas tarefas.	1	2	3	4	5
6. Crianças com PHDA têm comportamentos desajustados especialmente porque não querem seguir as regras e completar as tarefas.	1	2	3	4	5
7. A desatenção das crianças com PHDA não é uma consequência directa do comportamento desafiante, oposicional e da falta de vontade de colaborar com os outros.	1	2	3	4	5
8. A PHDA é uma perturbação médica que pode ser tratada apenas com recurso a medicação.	1	2	3	4	5
9. As crianças com PHDA conseguem sair-se melhor apenas se se esforçarem muito.	1	2	3	4	5
10. A maioria das crianças com PHDA ultrapassa a sua doença e são normais na idade adulta.	1	2	3	4	5
11. A PHDA pode ser hereditária.	1	2	3	4	5
12. A PHDA é tão frequente entre rapazes como entre as raparigas.	1	2	3	4	5
13. A PHDA ocorre mais frequentemente em grupos minoritários, quando comparado com os Caucasianos	1	2	3	4	5
14. Se a medicação for prescrita, as intervenções educacionais são muitas vezes desnecessárias.	1	2	3	4	5
15. Se uma criança tiver excelentes notas num dia e péssimas no seguinte, não pode ter PHDA.	1	2	3	4	5
16. Geralmente as dietas não ajudam no tratamento da maioria das crianças com PHDA.	1	2	3	4	5
17. Se uma criança consegue jogar Playstation várias horas, provavelmente não terá PHDA.	1	2	3	4	5
18. Crianças com PHDA têm maior risco de se tornarem delinquentes na adolescência.	1	2	3	4	5
19. Crianças com PHDA geralmente têm comportamentos mais ajustados na interacção de um para um do que em situações de grupo.	1	2	3	4	5
20. A PHDA decorre frequentemente de uma vida familiar disfuncional e/ou caótica.	1	2	3	4	5

Responda à página seguinte apenas se leccionou em turmas com crianças com hiperatividade.

Se nunca teve experiência profissional com crianças com hiperatividade, o questionário termina aqui.

Obrigado.

Técnicas de Gestão da Sala de Aula

Por favor, leia cada técnica de gestão de sala de aula e marque a célula que indica a frequência com que usa esta técnica para controlar o comportamento da criança com hiperatividade, na caixa sob o título "Uso". Se usar uma técnica, classifique a sua eficácia junto de criança com hiperatividade na coluna seguinte.

	Uso				Eficácia			
	Regular mente	às vezes	Talvez valesse a pena tentar	Não se encaixa bem com o meu método de ensino	Muito eficaz	Moderadamente eficaz	Um pouco eficaz	Não eficaz
1. Regras da sala de aula (i.e, as regras identificadas e afixadas na sala).								
2. Estrutura da sala de aula (p.e, crianças com problemas de atenção e comportamento sentadas na parte da frente da sala).								
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (p.e., ficar a remexer, mastigar uma caneta).								
4. Elogiar os comportamentos adequados (p.e., "Gosto da forma como estás a trabalhar em silêncio João").								
5. Dar instruções apropriadas (p.e., "Bruno, fica em silêncio com as mãos quietas" - apropriada versus "Para quieto"- inadequado).								
6. Repreender um comportamento inadequado (p.e, colocar o nome das crianças no quadro, repreensões verbais).								
7. Estratégias pedagógicas (ex.: uma dossier ao início do dia com tarefas de trabalho individual, trabalho em pequeno grupo, materiais ou currículo adaptado)								
8. Livro de trabalhos de casa (ex. agenda diária)								
9. Notas diárias para casa (para promover a comunicação com os pais)								
10. Notas semanais para casa								
11. Registo diário com os comportamentos-alvo / metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.								
12. Registo semanal com os comportamentos-alvo / metas e feedback sobre cumprimento dos mesmos.								
13. Se . . . então recompensa (p.e., se terminares o teu trabalho, então poderás ter tempo livre).								
14. Sistema de recompensa (p.e., as crianças recebem autocolantes para o comportamento correcto).								
15. Sistema custo da resposta (p.e., perder 5 minutos de intervalo por cada trabalho de casa não concluído).								
16. Recompensa de grupo ou turma (atividade, p.e., especial para todos se toda a turma se comportar).								
17. Time-out.								
18. Enviar ao gabinete do diretor.								
19. Programas ao nível da escola (p.e., as regras da escola, processos disciplinares).								
20. Organização do espaço género escritório (ex.: o aluno tem barreiras em frente e do lado da secretária para eliminar distrações na sala).								
21. Mensagens comportamentais gravadas / escritas para lembrar a criança colocadas na mesa de trabalho (p.e, "Fica no lugar", escrito numa placa gravada/escrita e colocada na mesa do aluno).								
22. Restrições alimentares (p.e., reter os açúcares, aditivos alimentares, cafeína, alimentos específicos)								
23. Suplementos alimentares (ex.: algas, vervas, comida específica)								
24. Trabalho individual ou em pequeno grupo para o treino / reforço de habilidades sociais.								
25. Sessões individuais ou em pequeno grupo de aconselhamento ou psicoterapia.								
26. Estimulação da percepção / sensorial (p.e., fornecer bolas, brinquedos, argila para a criança usar quando apresenta comportamentos negativos).								
27. Sessões de terapia de jogo em pequeno grupo ou individual								
28. Sessões de terapia cognitiva em pequeno grupo ou individual (ex.: ensinar a criança a se auto-monitorizar, auto-avaliar e auto-controlo)								
29. Outros (por favor descreva e estratégia utilizada).								
30. Esta criança tem apoio da Educação Especial?	Sim	Não	Não Sei					
31. Esta criança tem um Plano de Educação Individualizada (IEP)?	Sim	Não	Não Sei					
32. Até que ponto a sua interacção com a criança é uma experiência agradável?	Muito agradável			0 1 2 3 4 5 6	Muito desagradável			

Obrigado pela vossa colaboração!