



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu
Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Ciências da Educação
Especialização em Educação Especial - Domínio Cognitivo e
Motor

**Os conhecimentos, perceções e estratégias dos
docentes do 1º e 3º Ciclos do Ensino Básico face à
PHDA**

Orientadora: Professora Doutora Sofia Campos

Sofia Alexandra Simões Simão

Viseu, abril de 2013



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Ciências da Educação

Especialização em Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor

Os conhecimentos, perceções e estratégias dos docentes do 1º e 3º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa- Pólo de Viseu, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, Especialização em Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor. Realizada sob a orientação da Professora Doutora Sofia Campos.

Viseu, abril de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo o meu amor aos meus pais e minha irmã pois são a minha razão de viver e iluminam todos os dias da minha vida.

Agradecimentos

Expresso a minha gratidão a todos os que fizeram caminho comigo e me ajudaram a concretizar este projeto:

- À Professora Doura Sofia Campos, minha orientadora de Dissertação de Tese de Mestrado, pela disponibilidade, atenção, apoio e orientação, a fim de ultrapassar todas as dificuldades.
- Aos Agrupamentos de Escolas que participaram neste estudo, em particular aos professores, agradeço a possibilidade de aplicar os questionários, que sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.
- Um agradecimento muito especial aos meus pais, por acreditarem nas minhas capacidades, pelo apoio incondicional, bem como os carinhos, mimos e palavras de incentivo. A eles devo tudo o que sou hoje.
- À minha irmã, muito obrigado por não me teres deixado desistir, por me lembrares inúmeras vezes que “ desistir é dos fracos”, pelo apoio absoluto nos momentos mais críticos, pela paciência e compreensão.
- Ao Bruno pelo encorajamento, compreensão, paciência e dedicação, pois sempre acreditou e fez-me acreditar que tudo isto valia a pena.
- À Lila, colega e amiga desta longa maratona, pela partilha de angústias, pelo apoio e boa disposição.

Não existem palavras para descrever como me sinto. Por isso, um muito obrigado a Todos.

Resumo

A PHDA é uma perturbação neuro comportamental mais frequente em crianças em idade escolar e a que mais preocupa os professores no contexto sala de aula, em virtude de esta ter um impacto negativo na vida escolar de inúmeras crianças. Normalmente estas crianças apresentam uma agitação motora excessiva, são muito impulsivas, revelam falta de atenção e concentração. O presente estudo pretende analisar e compara as perceções, atitudes, conhecimento e estratégias dos professores do 1º e 3º Ciclos em relação às crianças com PHDA.

Optamos pelo questionário, como instrumento de recolha de dados, em virtude de nos parecer o mais adequado ao nosso propósito, uma vez que a sua utilização é feita de uma forma impessoal. A nossa amostra é constituída por 150 professores que foram selecionados por conveniência. O estudo enquadra-se no paradigma de investigação quantitativa, uma vez que necessitamos de proceder a uma apresentação e sistematização de dados que consideramos fiáveis.

Os resultados obtidos mostram que os professores têm um conhecimento insuficiente acerca da PHDA. De uma forma geral, verificou-se que os inquiridos consideram que as causas da PHDA estão ligadas a fatores genéticos. Segundo os professores a PHDA gera impacto a nível do contexto escolar. São as dificuldades de aprendizagem, as dificuldades na relação com os seus pares, as dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades e a sua distração que provocam uma maior desadaptação destas crianças no contexto sala de aula. Na relação pedagógica junto destas crianças, os professores privilegiam a utilização de estratégias educativas específicas, tais como, a utilização de tarefas curtas e bem definidas, supervisão frequente do trabalho e organização da sala de aula.

Os resultados apurados relativamente à comparação entre ciclos verificamos que existem diferenças no que diz respeito ao profissional que deve realizar o diagnóstico, pois os docentes do 1º ciclo consideram o Psicólogo o principal profissional enquanto os docentes do 3º ciclo acha ser o médico. Tudo o resto não existe grande discrepância entre os ciclos.

PALAVRAS-CHAVE: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perceções; Docentes; Conhecimento; Atitudes.

Abstract

The ADHD is one of the most common childhood disorders and that worries teachers within the classroom, because it has an undeniable impact on the school children's lives. Usually these children have difficulty to staying focused and paying attention, difficulty in controlling behavior an excessive restlessness. They are very impulsive and show lack of attention and concentration. This study aims to analyze and compare the perceptions, attitudes, strategies and effective teaching practices of the 1st and 3rd cycles towards children with ADHD.

In our study we chose the questionnaire as a tool for data collection, due to appear in the most suitable for our purpose, since its use is made of an impersonal way. Through this project, based on action research methodology, our sample consists of 150 teachers who were selected by interest, utility and availability.

The results show that teachers have insufficient knowledge about ADHD. The conclusions of this assignment reveal that, due to ADHD causes are linked to genetic factors. According teachers, ADHD generates impact on the school context. They have a sort kind of difficulties, particularly in relationships with peers, difficulties sustaining attention, in tasks and activities that cause distraction and its greater mismatch of these children within the classroom. In his practice to these children, teachers emphasize the use of specific educational strategies such as the use of short, well-defined tasks, frequent supervision of the work and organization of the classroom.

The results obtained concerning the comparison between cycles we found that there are differences with respect to the professional who must make the diagnosis, since the 1st cycle teachers consider the main Psychologist professional teachers while the 3rd cycle thinks being a doctor. Everything else there is great discrepancy between cycles.

Keywords: Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder; Perception; Teachers; Knowledge; Attitudes.

Introdução	12
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO I - EVOLUÇÃO E PERSPETIVAS ATUAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL	16
1.1. Da Exclusão à integração	16
1.2. Da Integração à Inclusão	19
1.3. Inclusão	21
1.4. Breve perspetiva histórica da Educação Especial em Portugal.....	24
1.5. Enquadramento Legislativo	26
CAPÍTULO II - A PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO	31
2.1. A evolução do conceito.....	31
2.2. Perspetiva atual da definição do conceito PHDA	34
2.3. Etiologia.....	37
2.4. Prevalência da PHDA	41
2.5. Áreas de funcionamento.....	43
2.5.1. Défice de atenção.....	43
2.5.2. Impulsividade	45
2.5.3. Hiperatividade.....	46

2.6.	Problemas Associados	47
2.6.1.	Desempenho Escolar	48
2.6.2.	Desempenho social e comportamental	50
CAPÍTULO III- DIAGNÓSTICO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO		53
3.1.	Diagnóstico e avaliação	53
3.2.	Intervenção.....	55
3.2.1.	Intervenção farmacológica.....	56
3.2.2.	Modificação comportamental	59
3.2.3.	Modificação cognitivo-comportamental.....	60
3.2.4.	Intervenção Psicossocial	60
3.2.5.	Intervenção em contexto escolar	61
CAPÍTULO IV - “ESTADO DA ARTE”		65
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....		75
CAPÍTULO V – METODOLOGIA		76
4.1.	Linha Condutora da Investigação	76
4.2.	A problemática e a questão de partida	77
4.3.	Objetivos do estudo.....	78
4.4.	Tipo de investigação	79
4.5.	População e amostra.....	79

4.5.1. Caraterização da amostra	80
4.6. Instrumentos e Recolha de dados	83
4.6.1. Apresentação do questionário	84
4.7. Procedimentos Metodológicos	86
CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	88
6.1. Análise descritiva dos resultados	88
6.3. Análises correlacionais	108
6.4. Discussão dos resultados	113
6.5. Considerações Finais	118
Bibliografia	120
WebGrafia	127
Legislação Consultada	129
Anexos	130
Anexo I- Instrumento de recolha	131
Anexo II- Autorização da Autora Maria Isabel Lourenço para a utilização do questionário	137
Anexo III- Carta dirigida aos agrupamentos	138

Índice de Quadros e Tabelas

Quadro 1 - DSM – IV – Critérios de diagnóstico para PHDA	36
Tabela 1- Distribuição da Amostra, por género	80
Tabela 2- Distribuição da Amostra, por idades	81
Tabela 3- Distribuição da Amostra por Habilitações Académicas	81
Tabela 4- Distribuição da Amostra por Tempo de Serviço	82
Tabela 5- Distribuição da Amostra segundo a situação profissional.....	82
Tabela 6- Distribuição da Amostra, por Ciclos de lecionação	82
Tabela 7- Grau de informação anterior sobre a PHDA	83
Tabela 8- Tipo de Formação anterior sobre a PHDA	83
Tabela 9- Medidas de distribuição das respostas nos itens da questão 1	89
Tabela 10- Comparação entre ciclos relativamente à questão 1	89
Tabela 11- Prevalência da PHDA	90
Tabela 12- Comparação entre Ciclos quanto à Prevalência da PHDA.....	91
Tabela 13- Causas da PHDA	91
Tabela 14- Comparação entre Ciclo relativamente às Causas da PHDA	92
Tabela 15- A PHDA desaparece com o tempo	93
Tabela 16- Profissionais que devem realizar o diagnóstico.....	94
Tabela 17- Comparação entre Ciclos relativamente aos profissionais que devem realizar o diagnóstico	94
Tabela 18- Problemas Associados	95
Tabela 19- Comparação entre Ciclo relativamente à existência de problemas associados à PHDA.....	95
Tabela 20- Problemas associados à PHDA que provocam maior Desadaptação	96
Tabela 21- Comparação entre Ciclos relativamente aos Problemas associados à PHDA que provocam maior Desadaptação	97

Tabela 22- Características que consideram perturbar mais a vida escolar das crianças com PHDA.....	98
Tabela 23- Comparação entre Ciclos relativamente às características que consideram perturbar mais a vida escolar das crianças com PHDA.....	99
Tabela 24- Forma de Intervenção que poderá trazer mais benefícios para as crianças com PHDA.....	101
Tabela 25- Comparação entre ciclos relativamente à forma de Intervenção que poderá trazer mais benefícios para as crianças com PHDA	102
Tabela 26- O que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.	103
Tabela 27- Comparação entre Ciclos relativamente ao que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.	104
Tabela 28- Estratégias de intervenção	105
Tabela 29- Comparação entre ciclos relativamente às estratégias de intervenção	107
Tabela 30- Correlações entre as características profissionais e formas de intervenção que poderá trazer mais benefício para a criança com PHDA	109
Tabela 31- Correlações entre as características profissionais e pessoais dos docentes e o que fazer quando se tem uma criança com PHDA na sala de aula	110
Tabela 32 -Correlações entre as características profissionais e pessoais dos docentes e as estratégias de intervenção	112

Introdução

A presente Dissertação insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial e tem como objetivo comparar os conhecimentos, percepções e estratégias dos professores do 1º e 3º Ciclos no que concerne à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é o diagnóstico dado a crianças que exibem problemas a nível da atenção, impulsividade e hiperatividade (Barkley, 2008). É um distúrbio neuro comportamental, que é mais frequente em crianças em idade escolar e que provoca um inegável impacto na vida familiar e escolar destas crianças.

Normalmente estas crianças revelam problemas comportamentais, principalmente em contexto sala de aula, apresentam dificuldades em permanecer sentadas, em trabalhar individualmente, em seguir regras e são pouco atentas e impulsivas. Muitas vezes, os professores, acham-nas “preguiçosas” ou “mal-educadas” pois prejudicam o bom funcionamento da sala de aula. Devido a estes comportamentos as relações com os seus pares são bastante afetadas, dado que em certos casos são crianças rejeitadas pelos próprios colegas. Os professores tornam-se muito críticos em relação a estas crianças, fator que pode levar a uma fraca realização académica e social, reduzindo a motivação e a autoestima e assim conduzir ao insucesso escolar.

Apesar de este distúrbio carregar muita controvérsia, no que concerne à definição, etiologia e intervenção respetivamente, é importante salientar que estas crianças apresentam dificuldades em várias áreas do seu desenvolvimento, suscetíveis de beneficiarem de intervenção (Rodrigues, 2008). Todavia, é importante referir o papel do professor neste processo, já que a escola desempenha uma função vital na avaliação das crianças com PHDA. Os professores têm um papel primordial, no processo de sinalização e diagnóstico das crianças com PHDA, pois são eles que normalmente detetam em primeiro lugar esta perturbação, devido à sua capacidade de observar comportamentos e também de poder comparar o desempenho destas crianças com outras da mesma idade (Parker, 2003).

Tendo em conta o papel do professor na sinalização e diagnóstico das crianças com PHDA, é fundamental analisar e compreender as suas percepções, uma vez que qualquer afastamento das informações verdadeiras poderá levar a consequências quer para o contexto escolar quer para a criança (Ramirez & Shapiro, 2005).

Visando a importância que a PHDA tem vindo a tomar ao longo dos últimos tempos em contexto escolar surgiu o desejo de enveredar por este estudo, em virtude de existirem cada vez mais crianças com esta problemática nas nossas escolas e sobretudo pelo facto de nos últimos anos de trabalho atuar diretamente com algumas delas. Deste modo e de acordo com o tema, pretendemos dar resposta à seguinte questão:

Será que existem diferenças significativas de conhecimentos, perceções e estratégias dos docentes em relação à PHDA, em função do ciclo que lecionam?

Nesta investigação, partimos da própria experiência do investigador, dos pressupostos resultantes de uma revisão bibliográfica e de uma reflexão empírica, pretendendo assim contribuir para uma melhor clarificação e edificação de atitudes e predisposições dos docentes perante o tema em estudo.

A dissertação estrutura-se em duas partes. Neste sentido iremos apresentar uma breve visão do trabalho indicando os aspetos que consideramos fundamentais e mais pertinentes, tratados em cada uma das partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico.

Na primeira parte, mais propriamente no primeiro capítulo fazemos uma abordagem da perspetiva histórica da Educação Especial, sua evolução e legislação em vigor no nosso país.

No segundo capítulo abordamos a evolução do conceito, demonstrando a disparidade ainda existente nos principais manuais de diagnóstico. Foi feita uma breve abordagem às diferentes linhas de explicação da etiologia da PHDA e a sua prevalência. Abordamos também as principais dimensões da PHDA tendo em conta as características apresentadas no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da American Psychiatric Association (APA, 2000) e os problemas associados a esta problemática.

No capítulo terceiro apresentamos formas de avaliação, diagnóstico e intervenção, aos níveis psicossocial, escolar, farmacológico, comportamental e cognitivo-comportamental, clarificando a sua especificidade e analisando a eficácia de cada um.

Relativamente ao quarto capítulo será apresentada uma análise das perspetivas e atitudes dos professores face à PHDA e uma síntese das principais investigações e estudos realizados acerca da perceção destes.

Na segunda parte do trabalho, Parte Empírica, procedemos à formulação do problema, da questão de partida, dos objetivos e do tipo de investigação, passando à

caracterização da amostra, ao instrumento de recolha de dados e ao questionário, descrevendo os procedimentos de elaboração, conceção e distribuição.

Seguidamente procedemos à apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

Por último e para encerrar este nosso trabalho, apresentamos a conclusão, bibliografia e os vários anexos cuja inclusão se afigurou fundamental para a compreensão da investigação.

I Parte – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I - EVOLUÇÃO E PERSPETIVAS ATUAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

“As escolas devem ajustar-se a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras. Neste conceito devem incluir-se crianças com deficiência ou sobredotadas, crianças da rua ou crianças que trabalhem, crianças de populações nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais” (Declaração de Salamanca, UNESCO, 1994)

A educação de crianças com Necessidades Educativas Especiais tem sofrido inúmeras evoluções ao longo dos tempos.

Essa evolução passou por três grandes períodos de ampliação das atitudes em relação às pessoas com deficiência que equivalem a fases distintas da história: a segregação, a integração e a inclusão.

Tendo em conta estas mudanças, achámos por bem desenvolver um capítulo sobre esta temática.

Neste capítulo, o objetivo é perceber de uma forma breve o nascimento da Educação Especial numa perspetiva histórica, focando as atitudes sociais face às pessoas com deficiência e a forma como estas eram vistas pela sociedade, desde a antiguidade até aos dias de hoje.

1.1. Da Exclusão à integração

Ao longo da história da humanidade, foram-se desenvolvendo marcas que fomentaram medos, superstições, separações e exclusões de pessoas que possuíam alguma deficiência física ou mental (Lopes, 1997).

Durante séculos, a sociedade excluiu as pessoas com deficiência. Na antiga Grécia, em Esparta, anulavam quem não fosse saudável, ou seja, as crianças com deficiência física eram colocadas nas montanhas, e em Roma, atiradas aos rios ou mesmo condenadas à morte aniquilando - os desta forma da sociedade (Correia, 1999).

Na Idade Média, a sociedade dominada pela religião e pelo divino, considerava que a deficiência sucedia da intervenção de forças do demónio e então submetia-a a práticas de exorcismo (Carvalho & Luís, 2000).

Porém, havia sociedades que protegiam um tipo de deficientes, os cegos, considerando que eles eram detentores de uma visão sobrenatural e, desta forma tinham a habilidade de comunicar com Deus. Em França, em 1260 são fundados os primeiros hospícios para deficientes, apenas com características assistenciais. Pouco a pouco, sucedem-se noutros países iniciativas de apoio a deficientes através de ordens religiosas (Fernandes, 2002).

Na segunda metade da Idade Média, com o desenvolvimento da religião monoteísta, passa-se a um conceito de deficiência visto como caridade e bondade, considerando as crianças órfãs, os idosos e os cegos protegidos pelos Deuses e pela Igreja, acreditando, os seus benfeitores, que tal feito seria um passaporte para o Céu. A aceitação dos deficientes conhece momentos difíceis aquando do movimento da reforma da igreja, no século XVI, com Lutero. Ele considerava-os pessoas sem deus, pensamento que, durante algum tempo, predominou especialmente nos países que aderiram à religião protestante (Fernandes, 2002).

No século XVI surge a primeira iniciativa para tentar educar pessoas com algum tipo de deficiência. Essa iniciativa é tomada por Pedro Ponce Leon, que ensina a ler e a escrever pessoas surdas. Em 1760, Jean Bonet, inspirado na prática de Pedro Leon abre uma escola para crianças deficientes auditivas e em 1784 uma para crianças invisuais (Ferreira, 2007).

No século subsequente emergem os primeiros trabalhos escritos sobre o tratamento médico para deficientes mentais e faz-se a distinção entre idiotismo e demência (Veiga, Dias, Lopes, & Natália, 2000).

Segundo Silva (2009), no século XVII e XVIII as crianças deficientes eram compradas nos asilos, para posteriormente serem barbaramente mutiladas e abandonadas quando deixavam de ser úteis. Os deficientes mentais eram enviados para prisões, orfanatos e instituições do estado.

O Iluminismo e a filosofia de Rousseau dão novo impulso na educação de deficientes e aparecem os primeiros ilustres deficientes tais como: Nicholas Sanderson, professor de matemática na Universidade de Cambridge e Maria Teresa Von Pardis, pintora e cantora. Criaram-se então as pré-condições que levaram à organização da educação especial e à conquista legislativa de cidadãos de pleno direito para os deficientes (Fernandes, 2002).

No início do século XIX, denota-se já uma grande preocupação com a educação de crianças deficientes. Deste modo, inicia-se o período da institucionalização e “a

tentativa de recuperação ou remoldagem (física, fisiológica e psíquica) da criança diferente, com o objetivo de a ajudar, num processo de socialização concebido para eliminar alguns dos seus atributos negativos, reais ou imaginados” (Correia, 1999, p.13). Criam-se escolas especiais para surdos e cegos e posteriormente para deficientes mentais.

Ainda neste século, vários são os estudiosos que tentam encontrar métodos de tratamento para este tipo de pessoas, tais como Phillippe Pinel (1745-1826), que alerta para um possível tratamento dos deficientes mentais e Esquirol (1722-1840) que designa a diferença entre idiotismo e demência. Itard (1774-1836), conhecido como o "pai da Educação Especial", investiu muitos anos de trabalho na recuperação de Victor - o selvagem de Aveyron -, criança encontrada nos bosques de Aveyron, na França, possuidor de uma deficiência mental profunda. Todavia, ao fim de cinco anos de trabalho intensivo, passa por uma fase inicial de entusiasmo para outra de desilusão, ao constatar a impossibilidade da cura. Voisin (1830), por sua vez estuda o tipo de educação que as crianças com atraso mental necessitam, apresentando-a na sua obra “Application de la physiologie du cerveau a l'étude des enfants qui necessitent d'une éducation spéciale”. Seguin (1812-1880) realiza também um estudo sobre como educar crianças com deficiência mental (Bautista, 1997).

Nos finais do século XIX princípios do século XX a Educação Especial caracteriza-se por um ensino ministrado em escolas especiais, em regime de internato, específicas de cada deficiência. Estas escolas destinam-se ao atendimento de crianças deficientes visuais, auditivas, intelectuais, motoras e posteriormente autistas. No entanto, existiam defensores do sistema integrado, ou seja, apoio prestado a crianças e jovens com problemas educativos especiais, inseridos a tempo total ou parcial em classes regulares, visando desta forma a sua integração familiar, escolar e social. É nesta altura que se começa a formação específica de professores e que se criam as primeiras associações, tais como: a Associação Americana de Instrutores de Cegos e a Associação Americana de Deficiência Mental. No século XX, dá-se origem ao que viríamos a chamar Educação Especial com os trabalhos de Decroly e Maria Montessori, que criou um método assente no princípio da autoeducação (Fernandes, 2002).

Com o avanço científico, inicia-se uma nova etapa; as crianças e jovens deficientes têm o mesmo direito à educação e à igualdade de oportunidades. Tal acontecimento também só foi possível graças ao desenvolvimento de associações de pais, deficientes e voluntários, que contestaram os direitos e o lugar na sociedade por

parte dos deficientes, tendo por base a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Declaração Universal dos Direitos da Criança. Neste sentido, defendia-se que era necessário adaptar métodos de ensino, currículos, recursos humanos e materiais para que cada aluno conseguisse alcançar as metas pretendidas (Silva, 2009). Começam a desenhar-se novas práticas políticas relativamente à educação especial, deixando um pouco de lado o domínio médico e passando para a proteção da educação. Com a evolução das ideias a educação especial passa a ser parte integrante do sistema educacional geral (Fernandes, 2002).

Em 1959, na Dinamarca, o conceito de normalização é legislado e definida a capacidade do deficiente mental em desenvolver um tipo de vida tão normal quanto exequível. Este conceito começa a desenvolver-se em toda a Europa e América do Norte (Jiménez,1997; Lopes,1997; Veiga et.al, 2000).

Tendo como base a lei publicada na Dinamarca, Bengt Nirje formula o princípio da normalização, interpretando-o como “ a introdução na vida diária do sub-normal, pondo à sua disposição modelos de vida quotidiana o mais parecido possível com os considerados como habituais na sociedade” (Lopes,1997,p.39). Também Wolfensberge (1972) define normalização como o princípio do “ uso dos meios normalizantes do ponto de vista cultural, para estabelecer e/ou manter comportamentos e características pessoais o mais normalizantes possível” (Bautista, 1997, p.28). Com estes princípios defende-se que os alunos com qualquer tipo de deficiência têm os mesmos direitos que os outros cidadãos.

Neste contexto, o princípio da normalização conduz ao conceito de integração , sendo este último uma consequência do primeiro. Correia (1999) escreve o seguinte:

“... o termo ‘integração’ tem a sua origem no conceito de ‘normalização’ e aproxima-se muito do conceito de ‘meio menos restritivo possível’ que se usa em sentido lato para referir a prática de integrar – física, social e pedagogicamente –, na máxima medida do possível, a criança com NEE na escola regular... (p.19) ”.

1.2. Da Integração à Inclusão

A integração escolar começa a ser usual nos Estados Unidos da América e nos países do norte da Europa na década de cinquenta e sessenta. Aqui começam a integrar

nas classes regulares as crianças e jovens com deficiência, sendo acompanhadas por um professor do ensino especial (Sanchez & Teodoro, 2006).

Segundo Birch citado por Bautista (1997) a integração escolar é “um processo que pretende unificar a educação regular e a educação especial com o objetivo de oferecer um conjunto de serviços a todas as criança, com base nas suas necessidades de aprendizagem” (p.29).

Em 1975, marca-se o início da era da integração das crianças deficientes nas escolas regulares com a publicação da Lei 94-142. Esta lei fomenta uma grande viragem na educação, contemplando especificamente as pessoas com deficiência. A lei defendia a educação pública e gratuita para todas as crianças com deficiência; a garantia de um processo adequado; a avaliação exaustiva e práticas de testagem às condições da criança, não sendo estas discriminatórias, quer ao nível da raça quer ao nível da cultura; a colocação das crianças em meios menos restritos possíveis; a elaboração de planos educativos individualizados que deveriam ser revistos pelos professores, pais e órgãos de gestão da escola anualmente; a formação de professores e técnicos especializados e a realização de materiais especializados (Baptista, 2011).

Segundo Bairrão (1998),

“... Este período foi pois, marcado por grandes esforços para realizar o despiste destas crianças de uma forma justa e não estigmatizante, por ligar o diagnóstico à intervenção e pelo atuar mais precocemente possível junto das crianças e famílias. Iniciando-se bem cedo a intervenção, poder-se-ia atenuar e não agravar os défices que as crianças apresentavam.” (p.19)

Em 1978 no Reino Unido, começa a desenhar-se outro pilar fundamental na educação especial com a publicação do relatório Warnock Reportd. Este relatório vem consagrar uma nova filosofia que abandona a categorização para valorizar as necessidades e os direitos dos deficientes e introduz o conceito de necessidades educativas especiais. Este novo conceito de educação especial abrange todos os tipos de dificuldades de aprendizagem. O Warnock Reportd determina três categorias para as necessidades educativas especiais. A primeira categoria assenta na necessidade de encontrar meios particulares de acesso ao currículo, a segunda em proporcionar um currículo especial moldado às dificuldades da criança e por último em ter em conta o

ambiente educativo onde sucede o processo ensino-aprendizagem. Este relatório veio trazer novas concepções de integração e de desenvolvimento de práticas educativas.

Desta forma a escola regular surge como um modelo social aberto à diversidade e à diferença, onde a normalização é um objetivo a alcançar para qualquer pessoa diferente. Podemos dizer que a criança com necessidades educativas especiais deve ser educada no meio menos restritivo possível e que responda satisfatoriamente às suas necessidades educativas, fornecendo-lhe o apoio educativo indispensável à superação do seu problema (Baptista, 2011; Carvalho et.al., 2000; Correia, 2006; Fernandes 2002; Lopes, 1997; Veiga et.al., 2000).

Em 1981 a Organização das Nações Unidas no âmbito do Ano Internacional das Pessoas com Deficiência produz um documento onde assegura o direito à igualdade de oportunidades, o direito à normalização, o direito à integração para todas as pessoas com alguma deficiência. Este documento contribuiu para o “aprofundamento das concepções e práticas relativamente à inclusão social” (Silva, 2009, p.143).

1.3. Inclusão

O conceito de Inclusão surge como uma revisão do Conceito de Integração e de uma impetuosa evolução da resposta educativa aos alunos com necessidades educativas especiais.

Esta ideia de inclusão nasce nos Estados Unidos da América, em 1986, com o movimento Regular Education Initiative (REI), que tinha como objetivo integrar os alunos com necessidades educativas especiais no ensino regular e adaptação dessas mesmas classes face às necessidades de cada um. Neste sentido, era obrigatória a colaboração entre professores do ensino especial e do ensino regular. Alguns defensores de REI defendiam a dissolvença dos dois sistemas de ensino, criando um só que fosse adequado e eficaz para todos os alunos (Ferreira, 2007). Este movimento é hoje encarado como o princípio da inclusão, mas como tudo na vida, recebeu algumas críticas por parte de alguns investigadores. Kauffman, Braaten, Polsgrove e Nelson citado por Correia (1999) diziam que,

“...a investigação existente não apoiava claramente a ideia de que todo o aluno pode ser ensinado com sucesso na classe regular e que aqueles que apoiavam a reestruturação radial ou a “unificação” do sistema dual não compreendiam a

magnitude do problema. Seria necessário um esforço enorme para atingirem os objetivos, embora louváveis, proclamados pela REI”. (p.33)

Correia (1999) tendo em conta este modelo, desafia os investigadores “ a encontrar formas de atender o maior número de alunos na classe regular, encorajando os serviços especializados a associarem-se ao ensino regular” (p.32).

Em 1994, surge a Declaração de Salamanca que resultou de uma Conferência Mundial sobre as necessidades educativas especiais. O objetivo primordial desta declaração era promover a educação para todos, tendo como base o princípio da inclusão.

Na mesma linha de pensamentos, da Educação para Todos, surge, nesta conferência um conjunto de princípios que levam à concretização das propostas e recomendações governamentais. Assim, proclamou-se que cada criança tem o direito à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagens; cada criança tem características, interesses e necessidades de aprendizagem muito próprias, o que conduz à implementação de programas educativos tendo em conta tais características; todas as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, devendo estas ajustar-se às crianças. As escolas devem encontrar estratégias para que estas crianças obtenham sucesso e as aprendizagens devem ser adaptadas a cada uma. O princípio fundamental da escola inclusiva consiste em que todos os alunos aprendam juntos, independentemente das dificuldades e diferenças visíveis. Podemos dizer que esta declaração representa um avanço significativo, pois rasga com a ideia da escola só para alguns e vem desta sedimentar o reconhecimento do direito de todas as pessoas à educação, em espaços organizados, sem discriminações em relação a características pessoais, num pleno exercício de liberdade, igualdade e cidadania.

Correia (1999), define como inclusão a “ inserção do aluno na classe regular, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos, adequados, contando-se, para esse fim, com o apoio apropriado (e.g, de outros técnicos, pais, etc.) às suas características e necessidades” (p.34). Segundo este autor os princípios fundamentais da escola inclusiva assentam em três níveis: socio emocional, académico e pessoal, de forma a garantir uma educação adequada e encaminhada para maximizar o potencial de cada um.

Desta forma a inclusão assenta em dois princípios fundamentais: um deles refere-se à eliminação de barreiras que não promovam a aprendizagem com sucesso e a outra na forma de encontrar respostas adequadas para as necessidades de cada um, isto é, a escola tem que conceber oportunidades de aprendizagem que permitam responder às necessidades de todos os alunos (Correia, 2006).

Outros autores, como por exemplo Semith, Polloway, Patton Dowdy citado em Correia (1999) definem inclusão “ como sendo a inserção física, social e académica na classe regular do aluno com NEE durante uma grande parte do dia escolar” (p.17).

Neste sentido, a inclusão não é só encontrar-se incluído, é muito mais do que isso, a escola deve sentir-se responsável pelos alunos e estes sentirem que pertencem à escola. (Rodrigues, 2003).

Segundo Kauffman (2007), existem os defensores da inclusão total que defendem que as crianças numa sala de aula regular alcançam ganhos educacionais e sociais muito significativos, acabando por conseguir adquirir um bom nível de aprendizagens, de comunicação e interação com os seus pares. Por sua vez, existem também os defensores de um contexto alternativo, que consideram que as salas de aula regular não conseguem ensinar todos os alunos, sendo necessário definir programas alternativos ministrados pelos professores do ensino especial.

Podemos então referir que a Escola Inclusiva se enquadra no princípio de igualdade de oportunidades educativas e sociais a todos os alunos. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantirem um bom nível de educação para Todos, através de currículos adequados, de boa reorganização escolar, de estratégias pedagógicas e da utilização de recursos (Correia, 2010).

Segundo Ainscow, citado por Sanches (2006) para que a escola seja inclusiva devem criar -se novas condições de aprendizagem que sejam capazes de assegurar a participação de todos, o uso de uma linguagem acessível a todos e a valorização, ao máximo, dos conhecimentos de cada um. O autor referiu ainda a utilidade da organização da sala de forma a dar resposta a todos os alunos, mencionando a importância da valorização profissional de toda a equipa educativa, no sentido de lhes propiciar novas práticas educativas, favorecendo a reflexão e experimentação das mesmas. Neste sentido, Ainscow citado por Sanches (2006) aponta seis condições que poderão ser fundamentais nestas escolas: estratégias de cooperação, liderança eficaz divulgada através da escola. Envolvimento de toda a comunidade educativa nas decisões

e orientações da escola, realização de um trabalho colaborativo, interesse dos benefícios da investigação e reflexão e crescimento de atitudes de valorização profissional.

Neste contexto, numa escola inclusiva só poderá haver uma educação inclusiva, que não é mais do que “ a compreensão do papel importante das situações estimulantes, com graus de dificuldade e complexidade que confrontem os professores e os alunos com aprendizagens significativas, autênticos desafios à criatividade e à rutura das ideias feitas” (Sanchez et.al, 2006; p.73).

Para Stainback e Stainback citado por Correia (2010) a escola inclusiva é “aquela que educa todos os alunos dentro de um único sistema, com o compromisso de lhes proporcionar programas educativos adequados às suas capacidades e apoios, tanto para professores como para alunos em função das suas necessidades” (p.63).

Segundo a perspetiva da escola inclusiva, é a escola quem se deve moldar às características e necessidades dos alunos e não o contrário. As escolas devem trabalhar de uma forma mais inclusiva, prezando a identidade e a autonomia de cada um (César, 2003).

O autor Benavente e os seus colaboradores citados por César (2003) afirmam “ o direito à diferença é um passo essencial na construção de uma escola e de uma sociedade para todos, em que a exclusão de alguns não seja aprovada por outros” (p.123).

Em suma, podemos dizer que a escola inclusiva é uma escola feita para todos independentemente das suas diferenças, em que cada um descobre o seu próprio lugar, respeita os ritmos e culturas de cada um e valoriza a participação de toda a comunidade educativa no processo ensino/aprendizagem.

1.4. Breve perspetiva histórica da Educação Especial em Portugal

As atitudes sociais, ao longo da história, foram marcadas pela exclusão de pessoas com deficiência, isto é, eram rejeitadas e ignoradas pela sociedade. Ao longo da Idade Média, a sociedade, dominada pela religião e pelo divino, considerava que a deficiência sucedia de causas sobrenaturais ou da intervenção de forças do demónio, pelo que, estas pessoas eram submetidas a práticas exorcistas. No decorrer dos séculos XVII e XVIII, todas as pessoas que manifestavam algum tipo de deficiência, nomeadamente deficiência mental, eram postas em manicómios, orfanatos e prisões (Jiménez, 1997).

A Educação Especial, em Portugal, começa a ter as primeiras atuações na segunda metade do século XIX, incidindo em duas vertentes: uma de cariz assistencial, caracterizada pela criação de asilos e a outra de cariz educativo, com a criação de institutos para cegos e surdos (Lopes, 1997).

Num panorama evolutivo, podemos dizer que o primeiro impulso no nosso país foi dado por José António Freitas Rego, em 1822, ao formular um pedido ao rei D. João VI no sentido de serem educadas crianças cegas e surdas no nosso país. O rei contrata Aron Borg para organizar um Instituto de Surdos e Cegos. Passada uma década, em 1863, é fundado o Asilo de Cegos de Nossa Senhora da Esperança que começa por acolher cegos e idosos e posteriormente recebe crianças e adolescentes. Mais tarde, em 1971, é criada a primeira casa de detenção e correção para menores delinquentes. Passadas duas décadas e meia surge em Lisboa o Asilo Escola António Feliciano de Castilho (Fernandes, 2002).

No seguimento da criação de escolas para surdos, dá-se em 1913, um grande passo na criação dos primeiros cursos de especialização de professores, sob a iniciativa do pedagogo António Aurélio da Costa Ferreira (Sanches, 1995).

Em 1916, é fundado um Instituto, que posteriormente vem a ter o nome de António Aurélio da Costa Ferreira, com o objetivo de observar e ensinar alunos da Casa Pia que apresentassem problemas mentais. Em 1926, este Instituto, passa a ser posse do Ministério da Tutela e em 1942 trabalha em cooperação com o Instituto Aurélio da Costa Ferreira impulsionando a educação de deficientes mentais e motores no nosso país. Em 1945, com a publicação do Decreto-lei nº 35401 de 27 de dezembro, são diferenciadas novas funções, tais como: Dispensário de Higiene Mental Infantil, formação de técnicos e docentes e fomentação de estudos nos campos psicossocial e médico-pedagógico. (Fernandes, 2002).

É neste contexto que emerge um novo Decreto-Lei a 3 de agosto de 1946, que estabelece a criação das primeiras classes especiais, junto das escolas primárias, acabando por marcar uma etapa importante na história do Ensino Especial. As classes especiais destinavam-se, inicialmente a crianças com deficiência mental e posteriormente, a crianças com incapacidade escolar e debilidades ligeiras. A instituição que nessa época tinha a missão de orientar essas classes e proceder à formação dos seus professores era a Instituição António Aurélio (Lopes, 1997).

Na segunda metade do século XX, mais precisamente na década de sessenta, houve uma forte intervenção de natureza pública. É a partir da revolução dos cravos que

começam a ser criadas inúmeras escolas do tipo particular e cooperativo, tendo como objetivo fornecer assistência a pessoas com deficiência mental, que eram aquelas que até à data tinham recebido menos apoio. Deste modo, são criados os primeiros centros de educação especial e de observação. Realizam-se os primeiros programas de formação especializada de professores, fora do âmbito do Ministério da Educação. Nos anos setenta, o Ministério da Educação começa a assumir progressivamente o setor da Educação Especial criando as divisões do Ensino Especial dos Ensinos Básico e Secundário e abrindo caminho para a integração escolar. Surgem as Equipas de educação Especial que tinham como objetivo promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens deficientes motores e sensoriais, com capacidade para acompanhar os currículos escolares. Algum tempo mais tarde, este apoio passa também a ser dado a crianças com deficiência mental. (Bairrão,1998; Kauffman, 2007).

A integração de crianças com deficiência nas estruturas regulares é possibilitada pela reforma de 1973 que, conjuntamente com transformações que aparecem após o 25 de abril de 1974 e a Constituição de 1976, são a base orientadora das leis que regem a Educação Especial em Portugal (Fernandes, 2002)

A inclusão plena, em Portugal, acontece então já nos finais da década de oitenta.

1.5. Enquadramento Legislativo

A Educação Especial em Portugal teve um desenvolvimento muito lento, tal como aconteceu a nível mundial.

Os progressos verificados na Educação Especial estão inteiramente ligados à democraticidade do ensino, à semelhança dos outros países. Após o 25 de Abril de 1974, a ideia de integração passa a ser uma realidade incontornável, estando de acordo com os ideais e movimentos internacionais que se manifestaram através do Warnock Report (Veiga et.al.,2000).

Em 1976, o direito à educação e ao ensino passam a ser direitos elementares consagrados na Constituição da República Portuguesa, em que estabelece o ensino básico obrigatório, universal e gratuito, tendo todos os cidadãos direito ao ensino e à igualdade de oportunidades na formação escolar (Lopes, 1997).

Durante a década de setenta vários foram os decretos publicados, no sentido de integrar crianças com deficiência nas escolas. O Decreto-Lei nº 174/77, define condições especiais de matrícula para alunos com deficiência, o Decreto-Lei nº 538/79,

estabelece que as crianças com incapacidade comprovada podiam ser dispensadas até ao fim da escolaridade obrigatória da frequência ou matrícula, desde que houvesse a comprovação médica da incapacidade e a Lei nº6/79 de outubro define os princípios orientadores da educação especial, quer a nível da organização estrutural, quer a nível de objetivos que lhe deviam servir de estrutura.

Meados da década de oitenta, começa a haver uma grande transformação na conceção de educação integradora e é então publicada a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº46/86 de 14 de outubro) que vem revolucionar o sistema educativo em Portugal, com várias repercussões ao nível do atendimento dos alunos com necessidades educativas especiais. A Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) define como um dos objetivos “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, designadamente a deficiência física e mental, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades.” (art.º7º)

Esta Lei estabelece grandiosas metas para a educação em geral e a integração da educação especial no sistema educativo nacional. No artigo 17º define os objetivos da educação especial, integrando atividades direcionadas às famílias, educandos, educadores e comunidade. No artigo 18º refere que "a escolaridade básica para crianças e jovens deficientes dever ter currículos e programas devidamente adaptados às características de cada tipo e grau de incapacidade.”

Tendo em conta os objetivos e os princípios consagrados na Lei de Bases do Sistema Educativo, surge o Despacho Conjunto 38/SEAM/SERE/88 que cria as equipas da educação especial. Passado um ano, emerge o Decreto-Lei n.º 43/89, de 3 de fevereiro que define o regime jurídico da autonomia da escola do 2.º e 3.º Ciclos dos Ensinos Básico e Secundário e confere competências às escolas no âmbito da orientação e acompanhamento dos alunos. No artigo 11.º deste mesmo decreto refere “ ... encaminhar alunos com comportamentos que perturbam o funcionamento adequado da escola para serviços de apoio especializado, ouvindo os encarregados de educação....”

No mesmo ano, aparece o Decreto-Lei n.º 286/89, de 29 de agosto que estipula o " acompanhamento do aluno, individual ou mesmo em grupo ao longo do processo educativo, bem como o apoio no processo de escolha do seu projeto de vida, é garantido pelos serviços de psicologia e orientação escolar" (art.º 11).

O Decreto-Lei 35/90, de 25 de janeiro, define o regime de gratuidade e de escolaridade obrigatória no ensino básico, que passou a ter a como duração nove anos, destacando que “os alunos com necessidades educativas específicas, resultantes de

deficiências físicas ou mentais, estão sujeitos ao cumprimento da escolaridade obrigatória, não podendo ser isentos da sua frequência” (art. 2º).

Um ano depois surge o Decreto-Lei n.º 190/91, de 17 de maio, que reconhece a importância dos Serviços de Psicologia e Orientação (SPO) no acompanhamento da vida escolar, promovendo o reconhecimento da identidade pessoal e a criação de um projeto de vida próprio.

No entanto é o Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de agosto que marca a história da Educação Especial em Portugal, pois vem preencher um espaço em branco na legislação da Educação Especial. É com este Decreto-Lei que aparece pela primeira vez o conceito Necessidades Educativas Especiais e assenta em alguns princípios básicos do Warnock Report.

Segundo este Decreto-Lei, as escolas passam a ter um suporte legal que as ajuda na organização e no funcionamento do atendimento a crianças com Necessidades Educativas Especiais, consistindo num conjunto de medidas na "adaptação das condições em que se processa o ensino-aprendizagem dos alunos com necessidades educativas especiais" (ponto 1, do art. 2º). Conforme está disposto no ponto dois do art. 2º as adaptações previstas são: equipamentos especiais de compensação, adaptações de materiais, adaptações curriculares, condições especiais de matrícula, condições especiais de frequência e de avaliação, adequação na organização de classes ou turmas, apoio pedagógico acrescido e ensino especial.

Tal como é referido na lei, as crianças e jovens com deficiência física e mental podem usufruir de um currículo escolar próprio.

O Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de julho surgiu da urgência em preencher uma lacuna deixada pelo Decreto-Lei 319/91 de 23 de agosto. Este define o regime aplicável à prestação de serviços de apoio educativo, em consonância com os princípios consignados na LBSE, particularmente nos artigos 17º e 18º.

Até à altura da implementação do Despacho Conjunto n.º 105/97, os apoios educativos eram apoios diretos e individualizados a cargo dos professores de ensino especial, destacando-se as Equipas de Educação Especial. Com o Despacho Conjunto n.º 105/97 os apoios tornaram-se mais abrangentes e passou a ser da competência do professor de apoio educativo “prestar apoio educativo à escola no seu conjunto, ao professor, ao aluno e à família, na organização e gestão dos recursos e medidas diferenciadas a introduzir no processo de ensino-aprendizagem” (alínea a) do ponto 3).

Um ano mais tarde surge o Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de maio que proporcionou autonomia às escolas na gestão do processo educativo e na organização do seu funcionamento.

Em 2001, entra em vigor o Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro que propõe alguns princípios orientadores da organização e da gestão do ensino básico, bem como o processo de desenvolvimento curricular nacional e a avaliação das aprendizagens. É com este Decreto-Lei que surge na legislação portuguesa o conceito de Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente, sendo considerados os alunos "que apresentem incapacidade ou incapacidades que se reflitam numa ou mais áreas de realização de aprendizagens, resultantes de deficiências de ordem sensorial, motora ou mental, de perturbações da fala e da linguagem, de perturbações graves da personalidade" (art.º 10).

A mais recente publicação sobre o Ensino Especial é o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro, que vem substituir o Decreto-Lei n.º319/91. Este decreto define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular cooperativo ou solidário (art. 1.º, nº1); visa a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com deficiências ou incapacidades (art. 1.ºnº1º); define como objetivos da educação especial a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativos, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional. (art 1.º, nº2); define os direitos e deveres dos pais/encarregados de educação no exercício do poder paternal e introduz os procedimentos a ter no caso em que estas não exerçam o seu direito de participação. (art. 3º); estabelece como medidas educativas de educação especial: Apoio pedagógico personalizado; Adequações curriculares individuais; Adequações no processo de matrícula; Adequações no processo de avaliação; Currículo específica individual; Tecnologias de apoio (art 16.º); prevê a introdução de áreas curriculares específicas que não fazem parte da estrutura curricular comum, entre outras, a leitura e escrita em Braille, a orientação e mobilidade, o treino de visão, a atividade motora adaptada, (art. 18.º);introduz o Plano Individual de Transição no caso dos jovens cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo comum. (Art.14.º).

Em suma, este Decreto-Lei baseia-se na inclusão de crianças e jovens nas escolas do ensino regular, na autonomia, na estabilidade, na promoção de igualdade de oportunidades e na preparação para a vida profissional das crianças com Necessidades Educativas Especiais.

CAPÍTULO II - A PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é um dos distúrbios mais estudado ao longo dos tempos. As crianças com esta perturbação apresentam problemas a nível da atenção, são tipicamente impulsivas e revelam uma atividade excessiva.

O conceito da PHDA surgiu inicialmente como um distúrbio associado à Disfunção Cerebral Mínima. Seguidamente foi abandonada a ideia e começou a centrar-se nos aspetos comportamentais e psicológicos das crianças.

Neste contexto, um dos objetivos do presente capítulo é prover uma maior compreensibilidade da definição da PHDA. Para o efeito, recorreremos a uma perspetiva diacrónica que pretende reconstruir a evolução do conceito, desde os seus primórdios até aos dias de hoje.

Um outro objetivo prende-se com às causas da PHDA, pois têm vindo a ser apresentadas inúmeras teorias para as explicar. Uma têm sido aceites por parte da ciência e outras têm sido recusadas por não terem mérito.

Ainda vamos ao longo deste capítulo falar da prevalência da PHDA, das áreas de funcionamento e dos problemas associados.

2.1. A evolução do conceito

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) foi estudada durante várias décadas, no entanto continua a ser uma doença, síndrome, distúrbio, perturbação com um contínuo estudo e investigação nas suas mais variadas áreas e conteúdos, uma vez que, apresenta, ainda hoje, uma elevada taxa de predomínio na sociedade. Desta forma, o conceito tal como o conhecemos, foi sofrendo muitas alterações no que se refere à sua definição.

As primeiras alusões à Hiperatividade remontam à segunda metade do século XIX, numa poesia de um médico alemão, Heinrich Hoffmann, em 1865, mas as primeiras referências a nível científico são atribuídas a George Still (1902) e Alfred Tredgold (cit. por Barkley, 2006).

Still, nas suas pesquisas sobre os sintomas que eram apresentados por alguns indivíduos com um caráter mais ofensivo, tais como: agressividade, baixos níveis de atenção, “inibição volitiva”, hiperatividade, problemas de aprendizagem, desonestidade e crueldade, eram na sua perspectiva crianças que apresentavam uma “deficiência do controlo moral”. Este autor estava convicto que a origem destes sintomas tinha como base a deficiência biológica que estaria associada a problemas pré e pós-natais (Benczik, 2000; Lopes, 1998). O termo apresentado por Still acabou por ser substituído pelo termo “Disfunção cerebral mínima” sugerido por Tredgold e este manteve-se durante muito tempo (Neto, 2010).

No início do século XX, os americanos começaram a demonstrar interesse pela PHDA, devido ao surto de encefalite, pois as crianças que sobreviveram à infeção cerebral manifestavam sequelas cognitivas e comportamentais. Estas crianças depois de recuperadas tinham tendência a apresentar atividade excessiva, défice de atenção e impulsividade (Barkley, 2006; Lopes, 2004; Sanz & Madrid, 2002). Strauss levanta a hipótese de poder existir uma lesão cerebral mínima nestas crianças, neste sentido, elas apresentavam impulsividade, distração e hipercinesia. Estas novas características deram lugar a um novo termo “ Síndrome de Lesão Cerebral Mínima”(Bréjard & Bonnet, 2008). Este conceito levantou várias polémicas, pois verificou-se que nem sempre havia uma lesão cerebral. Deste modo, é substituído o conceito lesão cerebral pelo conceito disfunção cerebral mínima. Segundo Clements (1966) citado por Lopes (2004) a disfunção cerebral mínima está associada a um conjunto de sinais, tais como: impulsividade, dificuldades em manter a atenção, hiperatividade e dificuldades específicas de aprendizagem, entre outros.

Foram então surgindo várias investigações ao longo dos tempos. Muitos autores referem a atividade motora excessiva como a principal característica deste distúrbio, daí a passar a denominar - se “Síndrome Hiperactivo da Infância”. Outros, tais como Chess, Laufer e Solomons, referiram que os critérios de diagnóstico estavam associados a sintomas como a impulsividade, agressividade e atividade motora excessiva. Contudo, constataram ainda que a hiperatividade estava ligada a outros quadros clínicos, tais como, atraso mental, esquizofrenia, lesões cerebrais e autismo infantil (Bréjard & Bonnet, 2008; Lopes, 1998).

Tal como referimos anteriormente o DSM-II (1968) faz referência a essa nova denominação, em que as principais características dessa problemática se deviam à hiperatividade, desatenção e inquietação (Neto, 2010).

Nesta altura começa a surgir uma discrepância quanto às características desta síndrome. Nos Estados Unidos, consideravam que a hiperatividade estava associada a uma síndrome comportamental enquanto na Grã-Bretanha, achavam que tinha um caráter patológico (Bréjard & Bonnet, 2008).

Na década de 70, assistiu-se a um crescimento de estudos sobre PHDA. As crianças com esta problemática eram caracterizadas como impulsivas, desatentas, agressivas e ostentavam baixa tolerância à frustração (Barkley, 2006). Nesta época, Virgínia Douglas dá um enorme contributo com o seu pensamento. A hiperatividade deixa de ser o fator fundamental deste distúrbio e dão ênfase à impulsividade e à desatenção como sendo as características essenciais desta perturbação (Chaves, 1999).

Durante a década de 80, são publicados inúmeros trabalhos sobre a hiperatividade. Esses trabalhos contribuíram para a alteração do termo “Reação Hiperkinética da Infância “ para o termo “Distúrbio de Déficit de Atenção” (DDA) consagrando no DSM- III (1980). Esta nova definição elege como problema central a dificuldade de concentração e atenção, deixando de lado a atividade motora exposta ao longo dos anos.

O DSM-III deixa bem definido e delineado os critérios de diagnóstico. Surgem assim dois subtipos deste distúrbio: distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade e distúrbio de déficit de atenção sem hiperatividade (Lopes, 1998). Os dois subtipos envolviam dificuldades em manter a atenção. Para o diagnóstico, a criança tem que apresentar os sintomas antes dos sete anos com a duração de seis meses pelo menos. A criança deve manifestar pelo menos dois dos sintomas de desatenção, três de hiperatividade e três de impulsividade, isto é, um mínimo de oito dos sintomas da lista de 16 (Lopes, 2004; Neto, 2010).

Ao longo dos anos 80 foram surgindo modelos de pesquisa cada vez mais sofisticados de forma a estabelecer critérios de diagnóstico mais específico. Vários autores começam a fazer a distinção entre hiperatividade “difusa” que se apresenta em dois contextos distintos, tais como, em casa e na escola e hiperatividade “situacional”, que só ocorre num único contexto (Nogueira & Lopes, 1998).

Podemos dizer que esta década foi muito rica em pesquisas e um dos maiores contributos deve - se à opinião de que o DHDA não é um distúrbio de atenção verificando-se que fatores instrutivos e motivacionais influenciam a presença e o grau de sintomas do DHDA (Nogueira & Lopes, 1998).

Algumas investigações inclinam-se para uma possível alteração nos mecanismos de funcionamento dos “outputs” nas crianças com DHDA. Segundo Sergeant (1988) citado por Lopes (1998), o défice de atenção não assenta a nível do processo de atenção, mas sim a nível do mecanismo de regulação energética do controlo motor. Douglas, que tinha sido o defensor do modelo do défice de atenção, refere que os reforços podem atuar de maneira diferente nestas crianças.

Em 1987 o DSM-III é revisto e na nova edição o DSM-III-R altera a denominação de distúrbio para “Distúrbio Hiperativo de Déficit de Atenção-Hiperatividade” (DHDA). Nesta edição deixa de existir os subtipos e aparece uma única lista de sintomas. Porém, reconhece-se que está associada a esta problemática tanto a desatenção como a inquietação (Lopes, 2004; Phelan, 2005).

Nos anos 90, vários estudos demonstram que a hereditariedade poderia explicar mais de 50% das características da PHDA. Vários estudiosos pensavam que este problema estava associado a anomalias ou atrasos no desenvolvimento do funcionamento cerebral (Barkley, 2006).

Nesta altura é publicado o ICD-10, que considera que este transtorno começa na infância, caracterizado por atividade excessiva, desorganização e problemas a nível de concentração (Neto, 2010).

Posteriormente, é publicado o DSM-IV (APA, 1994 cit. Lopes, 2004) que subdivide os sintomas de uma forma diferente dos manuais anteriores pois, agrupa em tipo desatento, tipo misto e tipo hiperativo-impulsivo. Este manual ainda refere que se deve realizar um despiste em contextos estruturados, tais como a sala de aula, pois os professores são vistos como observadores particularmente privilegiados.

O DSM-IV refere ainda que a PHDA é uma perturbação neuro comportamental mais frequente em crianças na idade escolar.

2.2. Perspetiva atual da definição do conceito PHDA

Desde o início do século XXI têm sido realizadas várias investigações no que se refere à definição da PHDA, à sua etiologias e diagnóstico. Neste sentido, surgem três grandes perspetivas: a Francesa, a Americana e a da Organização Mundial de Saúde, sendo esta última a mais aceite.

A definição mais empregue pela American Psychiatric Association (APA) e na Europa é a que está consagrada no DSM-IV-TR (2002).

A PHDA no DSM-IV-TR (2002) é enumerada como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e engloba os três subtipos da versão anterior.

No que concerne ao subtipo “Predominantemente Hiperativo-Impulsivo”, as crianças apresentam pelo menos seis dos nove comportamentos de hiperatividade-impulsividade. No subtipo “Misto”, as crianças apresentam sintomas de Falta de Atenção e Hiperatividade-impulsividade, devendo possuir pelo menos seis dos nove sintomas de ambas as categorias. Em relação ao subtipo “Predominantemente Desatento” a criança deve preencher pelo menos seis sintomas de desatenção.

A. 1) ou 2):

1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelos menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.

Falta de Atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);
- (g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade – impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.

Hiperatividade

- (a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- (e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";
- (f) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).

B) Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade

C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em 2 ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].

D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral;

E) Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto: se estão preenchidos os critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses;

314.00 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento: se esta preenchido a critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos seis meses;

314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação: Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que atualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial»

Quadro 1 - DSM – IV – Critérios de diagnóstico para PHDA (2002, p. 92)

Para o diagnóstico é fundamental que a criança apresente os sintomas antes dos sete anos, com a duração de pelo menos seis meses. Os sintomas devem manifestar-se em vários contextos de ação da criança, como por exemplo, na escola e em casa. Os sintomas de falta de atenção, impulsividade e hiperatividade devem ser muito evidentes pela sua frequência, gravidade e intensidade. Os comportamentos das crianças com PHDA causam problemas graves em contextos múltiplos.

Segundo Wolkmar (2000), a PHDA é um distúrbio neuro comportamental caracterizado pela falta de atenção e concentração, impulsividade, agitação motora excessiva, instabilidade de humor e dificuldades em exprimir-se (Costa, Santos, & Ramalho, 2010).

Barkley (2006) refere que a natureza da PHDA pode ser crónica ou estar relacionada a vários fatores, tais como: perturbações do foro neurológico, sensorial, motor e desenvolvimento mental.

Inúmeras investigações apontam que a PHDA é uma perturbação genética com um metabolismo defeituoso a nível dos neurotransmissores.

Nos dias de hoje os psicólogos, psiquiatras, médicos e outros clínicos consideram que a PHDA assenta em três problemas fundamentais: na dificuldade que o indivíduo tem em manter a atenção, atividade excessiva e controle ou inibição dos impulsos. Barkley e outros profissionais acham que os indivíduos que apresentam esta problemática podem apresentar dois problemas adicionais: instabilidade constante em dar respostas a determinadas situações escolares e dificuldades em seguir normas, regras e instruções (Barkley, 2002).

2.3. Etiologia

A PHDA é um dos distúrbios mais comuns na infância e que tem suscitado muito interesse por parte dos investigadores. Apesar de ser uma problemática muito estudada, existe uma grande complexidade relativamente à sua etiologia, pois são múltiplos os fatores que podem levar a um quadro comportamental que abarque esta perturbação, pois estas crianças apresentam uma grande heterogeneidade.

Alguns autores consideram que as causas assentam numa herança multifatorial, isto é, tanto existe a participação de agentes ambientais como dos genes (Cordinhã & Boavida, 2008; García, 2001; Neto, 2010; Rohde & Halpern, 2004).

Neto (2010) refere que podem coexistir vários fatores que justifiquem as causas da PHDA: presença de transtornos mentais nos pais, desentendimentos familiares, baixo nível socioeconómico.

Segundo Lopes (2004), as causas da PHDA terão mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo do que com fatores do ambiente, isto é, parece ter mais a ver com problemas no desenvolvimento do cérebro, consequentes de fatores hereditários do que de fatores ambientais.

Vários estudos apontam que as crianças com PHDA apresentam uma disfunção na região pré-frontal e frontal do cérebro que está associada à regulação e controlo da atenção e estado de vigília (Chaves, 1999; Parker, 2003). Muitos cientistas acreditam

que os sintomas da PHDA ocorrem devido ao lento desenvolvimento ou disfunção do lobo frontal (Neto, 2010).

Os estudos de neuro imagem têm vindo a demonstrar que as áreas específicas do cérebro das crianças com esta perturbação são menores do que nas crianças que não apresentam esta problemática, tais como, os lobos frontais, os gânglios da base e o cerebelo. As crianças com PHDA têm um volume cerebral 5% menos do que o normal, em particular no hemisfério direito. Estudos recentes sobre a atividade cerebral das crianças com PHDA demonstraram que existe uma diminuição de atividade significativa na região frontal direita ao executar tarefas que exigem inibição, comparativamente com as crianças normais. Várias investigações revelaram que as crianças com PHDA apresentam uma redução no metabolismo, nestas regiões. (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Neto, 2010; Sanz & Madrid, 2002).

Um estudo realizado por Hans Lou, Leif Henriksen e Peter Bruhn, constatou que as crianças com PHDA apresentavam uma diminuição do fluxo sanguíneo no núcleo caudal, sendo este núcleo de maior importante na conexão das regiões frontais do cérebro e no sistema límbico. Também constataram que o fluxo sanguíneo nas áreas de baixa atividade, ao administrarem medicação estimulante, aumentava para níveis próximos do normal (Barkley, 2002).

Outras investigações referem que existe uma diminuição de alguns neurotransmissores, tais como; a dopamina, noradrenalina e serótina nas crianças com este distúrbio. A diminuição dessas substâncias leva a que a zona do cérebro responsável pelo controlo de certos comportamentos funcione de uma forma mais lenta (Barkley, 2002; Falardeau, 1997; Lopes, 2004).

Devido à deficiência que estas crianças apresentam no córtex pré-frontal as atividades realizadas por elas serão feitas de uma forma aleatória, desgovernada e desorganizada (Phelan, 2005). Uma das teorias mais promissoras relativamente às causas da PHDA considera ser um distúrbio neurobiológico hereditário. Vários estudos demonstraram que os pais das crianças com PHDA revelaram também comportamentos hiperativos durante a infância (García, 2001; Lopes, 2004; Parker, 2003; Selikowitz, 2010).

Os estudos realizados com gémeos vêm apoiar ainda mais a ideia de que a PHDA tem uma componente hereditária. Biederman (1990) estudou crianças com PHDA e crianças sem PHDA, constatou que os parentes mais chegados do primeiro

grupo apresentavam uma taxa de 25% enquanto os parentes do segundo grupo apresentavam uma taxa de prevalência de 5%.

No ano de 1993, Jacquelyn Gillis e a sua equipa encontraram a concordância desta perturbação na ordem dos 32% para gémeos dizigóticos e 79% para gémeos monozigóticos (Lopes, 2004). Segundo Barkley (2002), os vários estudos realizados ao longo dos últimos tempos permitem estabelecer que a hereditariedade explica mais de 50% a 90% das características deste distúrbio.

Com estas descobertas as investigações centraram-se na busca de explicações da hereditariedade da PHDA, na genética.

Os estudos realizados no campo da genética, mais concretamente a genética molecular, têm-se centrado na procura dos genes específicos que podem estar relacionados com esta perturbação. Imensos estudos revelaram que existem, pelo menos dois genes que poderão estar relacionados com a PHDA. Esses genes são responsáveis pela receção e transporte de dopamina. O gene D4RD é o recetor de dopamina e parece estar associado à dimensão da personalidade e à procura de novidades. Normalmente, as crianças com PHDA manifestam uma taxa mais elevada de comportamentos relacionados com a procura de sensações, de impulsividade e inquietação do que a população normal. O outro gene (DAT1) é responsável pela regulação de dopamina no cérebro, ao nível das regiões de comunicação através dos neurónios, sobre a celeridade com que a dopamina é removida da sinapse. Estas alterações originam um processo defeituoso da dopamina. Contudo, quando são administrados medicamentos estimulantes este processo é corrigido (Barkley, 2002; Neto, 2010; Parker, 2003; Rohde & Halpern, 2004).

Estudos neuro psicológicos demonstraram que as crianças com PHDA apresentam défice nas funções executivas, isto é, revelam dificuldades no planeamento, método e organização do trabalho, no processamento da informação recebida e na resolução de problemas. Quando acontece uma falha nesta função as pessoas reagem ao meio que a rodeia de uma forma impulsiva, desregrada e desorientada (Barkley, 2008; Cordinha & Boavida, 2008; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007; Selikowitz, 2010).

Inúmeros estudos apontam para a influência de fatores pré-natais e complicações durante a gravidez na etiologia da PHDA. Alguns investigadores referem que as crianças que nascem prematuramente, com baixo peso, que sofreram de anoxia durante o parto ou de infeções neonatais propendem a desenvolver esta perturbação (Barkley,

2002; Garcia, 2001; Lopes, 2004; Neto, 2010; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007; Phelan, 2005).

Barkley (2002) refere que mais de 40% das crianças que sofrem sangramentos cerebrais, revelaram na infância um diagnóstico da PHDA.

Estudos realizados sobre o consumo de substâncias tais como; o álcool, tabaco e o stress, por parte da mãe durante o período de gestação, constituem um fator preponderante para o nascimento de uma criança com PHDA (Barkley, 2002; Garcia, 2001; Lopes, 2004; Neto, 2010; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007; Phelan, 2005). Segundo Lopes (2004), inúmeros estudos revelaram que o consumo de álcool e tabaco, durante a gravidez, por parte das mães das crianças com esta perturbação, são bastante superiores aos níveis de consumo das mães de crianças sem esta perturbação.

O trabalho realizado por O'Connor e seus colaboradores citados por Neto (2010) demonstrou que o stress psicológico nomeadamente, a ansiedade por parte das mães durante e após o período de gestação, contribui para o desenvolvimento deste distúrbio.

Outra hipótese, para explicar esta perturbação, assenta na exposição das crianças a níveis elevados de chumbo, nomeadamente se a exposição ocorrer entre os 12 e 36 meses de idade. Pensa-se que essa exposição leva ao aparecimento de sintomas de hiperatividade e desatenção. Todavia, nada está comprovado em relação a estas causas. (Barkley, 2002).

Durante anos pensou-se que, a atitude dos pais face aos filhos com PHDA, poderia ser uma das causas desta perturbação, mas rápido se chegou à conclusão que nada disso tinha a ver com a sua origem. Contudo, parece claro que os problemas familiares, tais como; separações, violência, desentendimentos e problemas económicos ampliam o risco de problemas comportamentais e emocionais se adicionarem à PHDA (Falardeau, 1997).

Ao longo dos tempos levantaram-se várias hipóteses em torno da etiologia da PHDA, acabando por serem divulgados e conhecidos vários mitos em torno desta problemática.

Na década de setenta e oitenta, Benjamin Feingold (1975) acreditava que a hiperatividade era provocada por aditivos químicos dos alimentos. Porém, a maioria das pesquisas realizadas ao longo desses anos não encontraram evidências que comprovassem essa teoria. No entanto, essa ideia foi substituída pela ideia que o consumo excessivo de açúcar provocava a PHDA. Também se realizaram vários estudos

científicos sobre o açúcar e nenhum mostrou existir uma relação entre o açúcar e a PHDA. No estudo realizado por Milich, Wolraich e Lindgren averiguou-se que o açúcar melhorava o comportamento das crianças em vez de piorá-lo (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

Vários investigadores acreditavam que a origem da PHDA estava relacionada com o desequilíbrio no sistema vestibular, sobredosagem vitamínica e o excesso de televisão, mas estas suposições também foram rejeitadas cientificamente (Lopes, 2004).

Relativamente ao excesso de televisão, em 2004, foi realizado um estudo por Christakis e seus colaboradores que avaliaram 1278 crianças de 1 ano e 1345 crianças de 3 anos de idade. Apurou-se que as crianças que viam pelo menos uma hora de televisão por dia tinham 10% de probabilidade de risco de manifestar problemas de atenção aos 7 anos. Todavia, o mesmo estudo não encontrou associação entre a visão da televisão e um diagnóstico de PHDA (Christakis, Zimmerman, DiGiuseppe, & McCarty, 2004).

Muitas investigações e avanços têm sido realizadas nas últimas décadas, na procura das possíveis origens da PHDA. De acordo com o que foi referenciado anteriormente, os fatores neurológicos e genéticos explicam algumas das causas desta perturbação. Podemos então dizer que a etiologia da PHDA é multifatorial, isto é, não existe um único fator que cause esta perturbação, mas sim múltiplos fatores que interagem entre si a níveis diferentes e com diferente intensidade. Contudo, ainda nada está claro, pois quando conseguirmos explicar concretamente as causas da PHDA seremos capazes de encontrar uma forma de curar estas crianças (Barkley, 2002; García, 2001).

2.4. Prevalência da PHDA

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma perturbação neuro comportamental mais comum nas crianças em idade escolar. A sua taxa de incidência ronda 3% a 5%, contudo, vários estudos apontam para uma disparidade na sua prevalência. Polanczyke e colaboradores (2007, cit. por Neto, 2010) referem que a nível mundial a sua prevalência é de 5,29%.

Segundo alguns autores (Benczik, 2000; Bréjard & Bonnet, 2006; Costa, Santos & Ramalho, 2010) esta discrepância deve-se ao facto de existirem dificuldades a nível

metodológico, a nível dos métodos de avaliação utilizados, a nível dos critérios de diagnóstico, bem como da idade, sexo e do meio sociocultural dos indivíduos.

No nosso País, não existem valores exatos sobre a taxa de incidência desta perturbação nas nossas crianças, contudo, noutros países, nomeadamente em Espanha a taxa de prevalência é de 4,57% e no Brasil de 5,8% (Moura, 2008). Vários estudos realizados referem que 7, 8% das crianças americanas são diagnosticadas com esta problemática (Neto, 2010).

Podemos dizer que 70% a 80% das crianças que manifestam esta perturbação na idade escolar vão mantela na adolescência. Os adolescentes têm tendência a demonstrar comportamentos antissociais, transtorno de conduta e problemas com drogas (Barkley, 2002).

Vários estudos clínicos indicam que as crianças com PHDA continuam a revelar sintomas na idade adulta. Uma investigação recente da World Mental Health Survey Initiative sobre esta problemática estima que a prevalência da PHDA em idade adulta é de 3,4%. A literatura aponta que na idade adulta há uma prevalência dos sintomas de desatenção, e uma diminuição dos sintomas de impulsividade e hiperatividade. (Neto, 2010). Para além desses sintomas, apresentam problemas de autocontrolo ou autodisciplina (Barkley, 2002).

Relativamente às diferenças de género, a PHDA é mais predominante nos rapazes do que nas raparigas, contudo, também existe alguma disparidade. A percentagem de rapazes hiperativos comparados com as raparigas oscila entre 3/1 e 9/1 (Cardo & Severa-Barceló, 2005; Moura, 2008). Segundo Serrano (1990 cit. por García 2001) 8% dos rapazes são hiperativos, contra apenas 2% das raparigas. Nas inúmeras investigações realizadas ainda se chegou à conclusão que a taxa de prevalência propende a manter-se estável nas raparigas, enquanto há uma diminuição significativa nos rapazes (Cardo & Severa-Barceló, 2005; Moura, 2008).

Biederman e colaboradores (2002) nos seus estudos observaram que as raparigas exibiam menos distúrbios de aprendizagem, menos problemas na escola e menos comorbidades do que os rapazes, pois eles apresentam mais problemas de conduta, comportamentos desafiadores e agressividade (Neto, 2010).

Em suma, a maioria dos autores estima a prevalência da PHDA em 3% a 7%, embora pareça evidente que existe uma grande variabilidade em termos de idade, sexo, nível sociocultural e os subtipos da PHDA.

2.5. Áreas de funcionamento

Segundo vários investigadores, as crianças com PHDA manifestam problemas em três áreas de funcionamento. Sendo assim, estas crianças apresentam problemas de atenção, agitação motora excessiva e impulsividade (Lopes, 2004). Estas características são inadequadas para a idade, manifestam-se com uma exuberância mais grave e frequente do que nas crianças com a mesma idade e o mesmo desenvolvimento (Cordinhã & Boavida, 2008). Segundo Barkley (2002), as crianças com esta problemática apresentam um “ deficit primário na inibição do comportamento”. Assim, estas crianças têm dificuldades em controlar os seus comportamentos, em seguir regras, em manter a atenção e em controlar impulsos.

Seguidamente serão analisadas cada uma das áreas fundamentais com mais detalhe.

2.5.1. Défice de atenção

Barkley (2006) entende por atenção uma função mental complicada que está relacionada com os níveis de vigília, de alerta e a habilidade de selecionar tarefas, sustentar a atenção e alterar estratégias de acordo com os objetivos das tarefas.

De acordo com vários estudos a criança com PHDA apresenta níveis eminentes de desatenção quando comparada com crianças da mesma idade. Segundo Hale & Lewis (1979), a capacidade de atenção é um conceito multidimensional pois pode estar relacionada com problemas de manutenção da atenção, de alerta, de atividade, de seleção, de distratibilidade ou níveis de apreensão, entre outros (Lopes, 2004). Este problema deve-se ao facto dos mecanismos de atenção do cérebro destas crianças serem ineficazes, isto é, têm uma grande dificuldade em concentrar-se em tarefas que necessitem a ativação destes mecanismos (Selikowitz, 2010). Os problemas de atenção, no caso destas crianças, caracterizam-se por uma propensão acentuada para se distraírem em tarefas monótonas e repetitivas, tais como, leituras extensas, trabalhos e assuntos desinteressantes, acabando por cometer erros, facilmente, devido ao seu descuido (Falardeau, 1997; Lopes, 2004; Selikowitz, 2010). Barkley (2002) refere que estas crianças apresentam um período de atenção mais reduzido do que as crianças sem esta perturbação, quando são solicitadas para manter a atenção numa determinada tarefa

por um período longo revela-se um tormento, pois têm que fazer um esforço muito grande para manterem a atenção. Este autor ainda refere, por exemplo, que uma criança de 10 anos com este distúrbio pode apresentar um período de atenção equivalente ao de uma criança de 7 anos.

Estas crianças também têm dificuldades em estar atentas a dois estímulos em simultâneo, em selecionar informação, seguir instruções, o que leva a que não terminem os trabalhos escolares, principalmente, quando estes requerem um nível elevado de concentração e exigem a utilização de conceitos abstratos (Cordinhã & Boavida, 2008; Costa, Santos & Ramalho, 2010). Por isso, muitas vezes estas crianças são descritas pelos pais e professores como: “ parece que está sempre na lua”; “ não ouve o que lhe digo”; “ esquecesse de fazer os deveres”, isto manifesta as dificuldades de atenção e concentração (Lopes, 2004; p.71).

Outra forma de discutir o problema da atenção é pensarmos que estas crianças têm uma tendência para se distraírem facilmente com outros estímulos, isto é, elas reagem automaticamente a qualquer coisa nova. Estas distrações que ocorrem são de quatro tipos: visuais, auditivas, somáticas e de fantasia. A distração auditiva são sons que a criança ouve e que a apoquentam, como por exemplo, o bater de um lápis na mesa, o tiquetaque do relógio, entre outros, todos esses sons levam a que a criança não se concentre nas tarefas. Distração visual é tudo o que a criança consegue observar a partir do seu campo de visão e lhe suscita curiosidade, como por exemplo, uma mosca a voar dentro da sala. A distração somática refere-se a sensações corporais que afastam a atenção da criança, um exemplo é quando elas não se sentem confortáveis nas cadeiras. E, por último, as distrações de fantasia são pensamentos ou imagens que passam pela cabeça da criança e que lhe despertam mais interesse do que as tarefas escolares (Phelan, 2005).

Barkley (2002), acredita que as crianças com PHDA se aborrecem e perdem mais rapidamente o interesse pelas tarefas que estão a realizar do que as crianças sem PHDA, pois normalmente sentem-se aliciadas por aspetos mais recompensadores, divertidos e estimulantes, em qualquer situação. Estas situações levam a que elas procurem mais alguma coisa para fazer, para além da tarefa que estão a realizar, que seja estimulante e divertido, mesmo não tendo terminado o trabalho que têm em mãos.

Alguns cientistas acham que isto acontece devido ao facto destas crianças apresentarem um nível de funcionamento do cérebro mais baixo do que o normal e, por isso, necessitam de mais estímulos frequentes para o cérebro funcionar de uma forma

normal. Estas crianças concentram-se mais nas tarefas quando recebem comentários frequentes e positivos e reagem muito bem se o trabalho for muito interessante e dinâmico e obtiverem resultados imediatos (Selikowitz, 2010).

Segundo Parker (2003), o déficit de atenção é um dos sintomas que causa mais problemas no contexto escolar.

2.5.2. Impulsividade

A impulsividade, tal como o déficit de atenção, tem uma natureza multidimensional (Barkley, 2008; Lopes, 2004).

A impulsividade pode ser definida como “ uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como de ficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou inibição de comportamentos em situações sociais” (Lopes, 2004; p.82).

Esta problemática caracteriza-se pela dificuldade em inibir comportamentos ou impulsos em resposta a imposições situacionais (Barkley, 2002; Neto, 2010). Uma das dificuldades mais profundas destas crianças é agir antes de pensarem sem terem em conta os problemas que podem advir dessas ações (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Neto, 2010). Todavia, isto acontece devido a estas crianças não possuírem mecanismos inibidores comportamentais e reflexivos para aplicarem os que lhes é amestrado no seu dia-a-dia (Selikowitz, 2010). Tipicamente, estas crianças dizem a primeira coisa que lhes vem à cabeça, respondem a questões que ainda não foram completadas, têm dificuldades em esperar a sua vez de falar, interrompem constantemente os colegas e professores no seu discurso, falam excessivamente (Barkley, 2002; Cordinha & Boavida, 2008; Lopes, 2004; Selikowitz, 2010). Têm dificuldades em seguir instruções e não esperam pela sua vez nas filas ou nos jogos, manifestam muitas dificuldades em lidar com frustrações, desistem com muita facilidade e evitam tarefas que só tenham gratificação a médio e a longo prazo, pois preferem tarefas de recompensa imediata (Barkley, 2002; Selikowitz, 2010). Nas tarefas escolares, demonstram muitas vezes impaciência o que leva a que apresentem trabalhos feios, pouco organizados e uma caligrafia descuidada, devido à sua pressa. Inúmeras crianças com PHDA têm problemas de coordenação motora fina (Phelan, 2005). O comportamento destas crianças por vezes é agressivo e imprudente o que leva a que percam amigos com relativa facilidade. Neste sentido, as crianças são vistas na sociedade como “mal-

educadas”, “preguiçosas”, “irresponsáveis”, “imaturas” e “impertinentes” (Lopes, 2004). Devido a estes comportamentos, estas crianças estão mais propensas a acidentes em virtude de se envolverem com facilidade em atividades perigosas, sem avaliarem as suas consequências (Barkley, 2002; Selikowitz, 2010).

Todas estas dificuldades, sobretudo a incapacidade de controlar os impulsos, associado ao déficit de atenção conduzem a que estas crianças apresentem dificuldades de aprendizagem escolar (Falardeau, 1997).

Em suma, a impulsividade é a incapacidade de controlar os comportamentos e emoções.

2.5.3. Hiperatividade

A hiperatividade é a terceira área de funcionamento da PHDA e caracteriza-se por níveis excessivos de atividade, quer a nível motor quer a nível verbal (Bréjard & Bonnet, 2008; Lopes, 2004; Neto, 2010; Phelan, 2005).

Os estudos realizados por Linda Porrino, Judith Rapoport e seus colaboradores verificaram que as crianças com PHDA eram mais ativas do que as crianças sem PHDA, através da monitorização das suas atividades e movimentos diários (Barkley, 2002).

Barkley (2002), nos seus estudos refere que, estas crianças se movimentam oito vezes mais do que as crianças sem PHDA e que são três vezes mais impacientes quando estão a visualizar um filme. Todavia, nem todas as crianças com PHDA são hiperativas, no entanto, as que o são não passam despercebidas pois o seu comportamento motor é mais acentuado do que nas outras crianças (Parker, 2003). Estas crianças são muito nervosas, inquietas, impacientes e por vezes apresentam movimentos corporais grosseiros e desajeitados, têm uma tendência para apresentarem um discurso exagerado e sem pausas (Costa, Santos & Ramalho, 2010; Lopes, 2004; Neto, 2010). Normalmente, na sala de aula, levantam-se com muita frequência, mexem as mãos, os pés e baloiçam na cadeira enquanto estão a realizar uma tarefa, mexem em objetos irrelevantes, produzem sons estranhos ou zumbidos, têm dificuldade em se manter em silêncio durante as atividades (Barkley, 2002; Benczik, 2000; Lopes, 2004; Sosin & Myra, 2006). Os professores descrevem-nas como “ estando constantemente fora do lugar sem autorização”, “fazem barulhos impróprios”, “ respondem fora da sua vez” enquanto os pais se referem a elas como “ parecem ter bichos- carpinteiros e “muito

faladoras” (Lopes, 2004). Os clínicos referem que estas crianças são mais agitadas, tanto de dia como de noite, quando comparadas com as crianças da mesma idade (Bréjard & Bonnet, 2008).

Todos estes comportamentos são visíveis na idade pré-escolar pois, estas crianças são descritas como “ estando sempre em movimento” (Parker, 2003), trepam pelos móveis, correm de um lado para o outro, sobem às mesas, entre outras coisas (Bréjard & Bonnet, 2008). Com o avançar da idade e com a maturidade do cérebro, estes sintomas provavelmente vão melhorando ou desaparecendo (Feifel & MacDonald, 2007).

Segundo Barkley (2002), a hiperatividade e a impulsividade fazem parte do mesmo problema, pois ambos estão relacionados com a dificuldade de inibição dos comportamentos. Este autor acredita que a desatenção pode estar relacionada com a falta de inibição. A justificação estaria no fato destas crianças levarem mais tempo a retomar a tarefa que estavam a realizar antes de se terem distraído, devido ao problema que têm em inibir os seus desejos em fazer outras coisas mais estimulantes. Elas desviam a atenção, mais vezes, do que as outras crianças para estímulos exteriores e não conseguem evitar a tentação de abandonar uma tarefa enfadonha em troca de algo mais atraente. Assim, muitos investigadores acreditam que a natureza da PHDA é um problema de falta de inibição do comportamento.

2.6. Problemas Associados

As crianças com PHDA, para além, de apresentarem problemas de hiperatividade, défice de atenção e impulsividade, têm uma maior probabilidade de apresentarem problemas associados. Esta problemática aparece frequentemente associada às Perturbações da Conduta, às Perturbações de Humor, de Ansiedade e às perturbações de Oposição e desafio (Calado, 2007). Estas crianças podem apresentar problemas relacionados com o comportamento, problemas na realização académica, isto é, podem apresentar dificuldades de aprendizagem e problemas relacionados com o funcionamento emocional e social. No entanto, nem todas as crianças com PHDA apresentam problemas associados, contudo, eles acontecem num número significativamente mais elevado do que seria de esperar para as crianças normais. Neste sentido, não podem ser ignorados (Barkley, 2008).

Tendo em conta que, estes problemas comprometem a qualidade de vida das crianças com PHDA e que constituem um acréscimo de dificuldades nos vários contextos, iremos debruçar-nos apenas naqueles que estão diretamente relacionados com o contexto escolar.

2.6.1. Desempenho Escolar

Os problemas que ressaltam à vista no contexto sala de aula são problemas a nível académico e no domínio cognitivo. Assim, estas crianças podem apresentar dificuldades de aprendizagem (DA), dificuldades intelectuais ligeiras, deficiências no funcionamento adaptativo e no desempenho escolar (Barkley, 2008).

Inúmeros estudos têm demonstrado que estas crianças revelam um nível inferior de desempenho intelectual em relação aos seus colegas ou mesmo em relação aos seus irmãos. Alguns investigadores acreditam que este baixo nível intelectual se deve à coexistência das dificuldades de aprendizagem. Num estudo realizado por Barkley e os seus colaboradores, com crianças com PHDA e crianças com dificuldades de aprendizagem, verificaram que o grupo de crianças com DA e sem PHDA apresentavam um QI médio, inferior ao grupo de crianças com PHDA e DA e, por sua vez, ainda eram mais baixos que do grupo de controlo. Também se tem pensado que o comprometimento da inibição comportamental e das funções executivas, existentes nas crianças com PHDA, resulte numa relação negativa entre o QI e a PHDA. De facto, estes défices cognitivos podem explicar em parte a diminuição do QI evidente nestas crianças (Barkley, 2008).

As crianças com PHDA exibem um baixo rendimento escolar que pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais. Estas dificuldades devem-se supostamente ao défice de atenção, impulsividade e agitação motora o que leva a um fraco desempenho escolar (Lopes, 2004). Estes comportamentos abalam a capacidade da criança em obter competências escolares e conhecimentos de uma forma mais consistente. Assim, estas crianças apresentam uma taxa mais baixa de comportamentos dedicados a tarefas, durante os períodos de explicação e trabalho independente, normalmente os trabalhos ficam inacabados e com erros, tomam decisões muito rápidas o que leva a uma diminuição da performance nas tarefas independentes (Chaves, 1999). Tendo em conta o referido anteriormente, obtêm classificação mais baixa nos testes

escolares e por sua vez avaliações mais baixas, em várias disciplinas, em relação aos seus colegas.

Nos Estados Unidos, 30% a 40% destas crianças são colocadas em programas de educação especial; 30% ficam retidas pelo menos uma vez; 56% necessitam da ajuda de um tutor; 10% a 30% abandonam a escola e podem não terminar o ensino secundário. Convém ainda referenciar as várias investigações realizadas sobre a utilização de medicação estimulante. Estas crianças apresentam uma melhoria no seu quadro sintomatológico, uma vez que se tornam mais disponíveis para a aprendizagem e são vistas pelos professores e colegas de uma forma mais positiva conduzindo a um melhoramento do rendimento escolar e, por sua vez, a resultados académicos mais satisfatórios (Barkley, 2008; Lopes, 2004). Contudo, estas crianças manifestam desempenho inferior em relação aos seus colegas, que varia de 10 a 30 pontos, em testes padronizados de desempenho a nível da leitura, matemática, ortografia e leitura compreensiva. Estes défices podem acontecer durante o pré-escolar (Barkley, 2008).

Um outro problema associado à PHDA é as dificuldades de aprendizagem. Vários estudos têm demonstrado que estas crianças são mais propensas a terem dificuldades de aprendizagem, logo é frequente coabitarem as duas problemáticas. Estima-se que 25% das crianças com PHDA revelam dificuldades de aprendizagem. Isto deve-se ao facto de existir um défice nos processos que envolvem a compreensão ou utilização da linguagem escrita ou falada. Estas dificuldades derivam de problemas de ordem perceptiva, de problemas de linguagem ou de desordens na forma como a informação é processada e expressa em situações de comunicação (Parker, 2003).

As dificuldades de aprendizagem mais evidentes nas crianças com PHDA em idade escolar são nas áreas em que ela necessita de desenvolver estratégias de resolução de problemas, método, planeamento e organização do trabalho, sendo estas dificuldades provenientes de um esforço insuficiente para a realização da tarefa. Esta falta de persistência afeta o rendimento escolar de uma forma significativa (Lopes, 2004).

No que concerne aos problemas de memória, estas crianças não apresentam capacidades inferiores às normais. Contudo, revelam dificuldades de realização de tarefas que imponham o recurso a estratégias de memória, devido à sua desorganização, desconcentração e impulsividade. Estas crianças revelam dificuldades em verbalizar as ordens que lhe foram dadas no decorrer da tarefa (Barkley, 2008).

Entre as dificuldades de aprendizagem que muitas vezes acompanham esta problemática estão os problemas de leitura (dislexia), ortografia, matemática e linguagem (Barkley, 2008).

Vários estudos revelam que as crianças com PHDA têm uma maior probabilidade de terem problema na linguagem expressiva do que na receptiva. Normalmente estas crianças falam mais em conversas naturais. Quando são confrontadas com tarefas que exigem a organização do discurso e da fala têm tendência a falar menos, de forma pouco fluente e menos proficiente na organização do discurso, visto este envolver a utilização de processos cognitivos mais elaborados, estão intimamente ligados ao planeamento, monitorização e organização do discurso e estas apresentam também dificuldades nas funções executivas. Os estudos realizados referem que os problemas quando são convincentes têm uma maior probabilidade de se refletirem na linguagem expressiva, o que leva a que estas crianças apresentem uma difluência no seu discurso (Barkley, 2008; Lopes, 2004).

Noutros estudos realizados chegaram à conclusão que provavelmente 12 a 30% das crianças com PHDA apresentam dificuldades na área da matemática e 12 a 27% apresentam distúrbios na ortografia (Barkley, 2008).

É necessário referenciar que a maioria das crianças com PHDA não apresenta dificuldades de aprendizagem nem défices cognitivos específicos. O mesmo acontece relativamente ao funcionamento intelectual, dado que, em média não se afastam da população escolar (DuPaul & Stoner, 2007).

2.6.2. Desempenho social e comportamental

A escola, mais concretamente, a sala de aula, pode ser um dos lugares mais difíceis para as crianças com PHDA, porque requer que elas ostentem um comportamento que muitas vezes é inverso à sintomatologia desta problemática (Kos, Richdale, & Hay, 2006). Neste sentido, é importante focarmo-nos nos aspetos sociais, podendo estabelecer se estas crianças vão apresentar distúrbios concomitantes, ligados ao emocional. Assim, estas crianças podem apresentar distúrbios de oposição, distúrbios de conduta o que pode conduzir a comportamentos antissociais, hostis e negativistas. Estima-se que 34% apresenta perturbações de ansiedade e de humor e que 4% apresenta uma baixa autoestima e insegurança (Cordinhã & Boavida, 2008).

Existe uma quantidade substancial de literatura que estima que 50% das crianças com PHDA apresentam problemas que estão ligados com o relacionamento social, com percepções sociais, de autoimagem e integração social. Estas crianças ostentam dificuldades duradouras e significativas de relacionamento interpessoal. Normalmente são descritas pelos seus pais, professores e colegas como sendo agressivas, perturbadoras, abusivas, dominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, particularmente se forem rapazes. Podemos então afirmar que a impulsividade e a desatenção destas crianças desempenham um papel relevante nas dificuldades de relacionamento. Os défices de desempenho que estão diretamente associados a esta problemática são: o esforço de se juntarem a atividades de grupo que estão a decorrer, sem respeitarem as regras estabelecida, a utilização de soluções agressivas para problemas vulgares, ou perda fácil da cabeça em situações sociais (Lopes, 2004).

Vários estudos realizados sobre as interações infantis referem que os comportamentos desatentos, disruptivos, provocadores e desobedientes das crianças com PHDA induzem nos outros um comportamento claramente controlador e diretivo (Barkley, 2008).

Devido a estes comportamentos, estas crianças têm dificuldades em formar e conservar amizades com os seus pares. Segundo Gresham e os seus colaboradores cerca de 70% destas crianças experienciam relações de amizade não correspondidas, em virtude das crianças, sem esta problemática, não quererem fazer amizade com elas. Esses comportamentos são percecionados pelos seus pares como negativos, o que leva a que sejam postos de parte nas atividades lúdicas. Estas crianças demonstram muita dificuldade em perceber os sinais sociais dos seus pares o que leva a que respondam de uma forma inadequada (Kos, Richdale, & Hay, 2006). Muitas destas crianças são desafiantes e agressivas, o que leva a que se irrite facilmente, chegando a agredir verbalmente ou fisicamente os seus pares (Barkley, 2002). Segundo Barkley (2002) estas crianças revelam muitas dificuldades em cooperar e dividir com as outras crianças e “... de fazer e manter promessas de trocas mútuas de favores” (p.119). Segundo este autor estas capacidades fazem parte daquilo a que ele chama reciprocidades ou trocas sociais, que são o motor para a construção de amizades o que condiz à demonstração de relacionamentos interpessoais eficazes com os outros.

O que nos parece preocupante é que a rejeição prolongada dos pares fará com que as crianças com PHDA se percecionem e percecionem o mundo como negativos, acabando por afetar muitos dos aspetos do seu desenvolvimento moral, afetivo,

académico e social. Todavia, um dos aspetos afetados é o das perceções de situações sociais ambíguas, pois estas crianças propendem a interpretar o comportamento dos outros como agressivos e tendem a responder de uma forma agressiva. Porém, podemos dizer que existe uma forte relação entre a PHDA e a agressividade com implicações inquietantes a longo prazo (Lopes, 2004). Estes problemas de agressividade podem conduzir a outras situações mais complicadas como o comportamento de desafio e oposição, verificando-se mais de 65% das crianças com esta perturbação. É frequente estas crianças se irritarem facilmente, acabando por agredir os seus pares verbalmente ou fisicamente. Estas dificuldades podem evoluir de uma forma mais severa, provocando comportamentos antissociais, tais como, mentir, lutar, roubar, fugir de casa destruir propriedades privadas, entres outros (Barkley, 2002).

Podemos desta forma concluir que todos os problemas referidos anteriormente podem transportar as crianças com esta problemática a um ciclo vicioso de “comportamentos rejeitados”, “défices de realização”, “desmotivação”, “desânimo aprendido” e “comportamentos mais desajustados” (Lopes, 2004, p. 111). Ainda podemos acrescentar que estes problemas associados acarretam consequências graves, no percurso de vida de todas as crianças com PHDA.

Na maioria são mais evidentes e sentidos no contexto escolar, tendo então os professores um papel fundamental. Assim, as atitudes dos professores e comportamentos face às crianças com PHDA podem ter um impacto sobre as perceções das outras crianças sobre os colegas que têm a perturbação. Neste sentido, se a perceção do professor for positiva face a estas crianças, muitas das questões que se lhes colocam são atenuadas, contudo, se acontecer o contrário, tudo se liga para que os problemas se continuem a avolumar para estas crianças (DuPaul & Stoner, 2007). Então é fundamental que os professores modifiquem as suas perceções e adquiram o máximo de conhecimentos face a esta problemática, para poderem ajudar ao máximo estas crianças no contexto escolar.

CAPÍTULO III- DIAGNÓSTICO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

No capítulo anterior procurámos fazer uma revisão dos conceitos de PHDA, e ainda, demonstrar que a identificação das crianças com PHDA em contexto escolar deverá ter como objetivo o de estabelecer um programa educativo que atenda adequadamente à diversidade das necessidades das crianças.

As crianças com PHDA pertencem a um grupo muito heterogéneo, por isso, nem todas apresentam os mesmos sintomas. Logo, é muito importante circunscrever um método que possibilite estabelecer um diagnóstico o mais rigoroso possível. Assim, para que haja uma boa avaliação, é necessário se trabalhar em equipa, isto é, devem intervir vários especialistas e de diferentes áreas, tais como: médicos, psicólogos e professores (García, 2001).

Feito o diagnóstico é fundamental intervir de uma forma adequada, pois sabemos que esta perturbação não tem cura, mas existem tratamentos que podem ajudar a atenuar alguns dos sintomas.

Tomando em consideração o referido no capítulo anterior, refletiremos agora sobre o diagnóstico e a intervenção.

3.1. Diagnóstico e avaliação

A primeira etapa, que se deve realizar quando há a suspeita, tanto por parte dos professores, como por parte dos pais, de que a criança poderá ser hiperativa, é a execução de um correto diagnóstico, para posteriormente se aplicar o tratamento mais eficaz. O diagnóstico da PHDA nem sempre é fácil, é uma tarefa complexa, sendo necessário recorrer a inúmeras fontes de informação para assim se garantir a maior eficiência (García, 2001; SeliKowitz, 2010). Todavia, é necessário fazer - se uma avaliação cuidada devendo ser realizada por uma equipa multidisciplinar. Essa equipa de avaliação é constituída normalmente por médicos, psicólogos, professores e outros membros da comunidade escolar (Parker, 2003).

Os profissionais de diagnóstico utilizam frequentemente os critérios DSM-IV. Tendo em conta esta classificação, as crianças com PHDA podem pertencer a três subtipos: combinado ou misto em que apresentam sintomas de falta de atenção e hiperatividade-impulsividade em que devem manifestar pelo menos seis dos nove sintomas de ambas as categorias; predominantemente desatento, preencher pelo menos

seis sintomas de desatenção e predominantemente hiperativo e impulsivo, quando apresentam pelo menos seis dos nove comportamentos de hiperatividade-impulsividade. Estes sintomas devem persistir por mais de seis meses e ter iniciado antes dos 7 anos e ainda ser verificados em diferentes contextos, principalmente em casa e na escola (DSM IV – TR - American Psychiatric Association, 2002).

No entanto, existem algumas limitações na utilização exclusiva da DSM-IV e no processo de avaliação.

Para chegarmos a um diagnóstico correto a avaliação deve ser feita por um profissional especializado. Deve fazer-se uma avaliação abrangente com um historial clínico, avaliação comportamental, exames objetivos e, por ventura, uma avaliação académica e cognitiva (Cordinhã, Boavida, 2008; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007).

O historial clínico deve ser detalhado acerca do desenvolvimento da criança, a sintomatologia atual, avaliação do ambiente familiar, métodos de disciplina, características sociais da família, expectativas dos pais, entre outras. Tudo isto, normalmente, implica o preenchimento de questionários padrão por parte dos pais e professores. Os questionários Conner são questionários comportamentais que são preenchidos pelos pais e professores permitindo a recolha de informação sobre o comportamento da criança em termos de atenção, tarefas sociais, hiperatividade comportamentos opostos (Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007; Moura, 2008; SeliKowitz, 2010; Vásquez, 1997). Também é muito importante haver uma observação direta do comportamento da criança.

A avaliação cognitiva e académica permite estabelecer um perfil psicométrico e de desempenho académico. Os testes psicométricos permitem descobrir quais as áreas fortes e quais as áreas específicas onde a criança manifesta dificuldades. Deste modo, pode caracterizar-se a criança quanto à sua capacidade de atenção, de aprendizagem e inteligência, que deverão ser valorizadas na intervenção (Cordinhã, Boavida, 2008; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007).

Para complementar a avaliação ainda se deve recorrer a outros apoios clínicos, tais como, exames neurológicos, que permitem avaliar o controlo muscular, descoordenação, movimentos involuntários; eletroencefalograma, exploração psicopedagógica e instrumentos mecânicos (Vásquez, 1997).

3.2. Intervenção

Ao longo das últimas décadas muito se tem escrito e dito sobre a PHDA, contudo é um assunto muito controverso. Existem controvérsias aos vários níveis, sendo a intervenção uma delas. Porém, é necessário ter presente que a PHDA não tem “cura” em virtude de não se tratar de uma doença ou de uma patologia, mas sim de uma perturbação que pode ser controlada. Todavia, temos que aprender a lidar com a situação e procurar mantê-la dentro dos limites, que não se revelem perigosos para o indivíduo e para aqueles que com ele convivem (Lopes, 2004; Rodrigues, 2008). Dado o grupo das crianças com PHDA ser heterógeno e envolvido de múltiplas facetas é normal que exista diferenciação relativamente ao tipo de intervenção a adotar pois, só conhecendo as características de cada criança em particular, se poderá selecionar a forma de tratamento mais adequada (Lopes, 2004). O conhecimento de cada caso, em específico, permite estabelecer qual a melhor forma de intervenção. Neste sentido, pode optar-se entre um tratamento médico, assente na administração de psicofármacos, e um tratamento cognitivo-comportamental, em que se utiliza técnicas cognitivas e comportamentais e tratamento comportamental, assente em técnicas de modificação do comportamento (Vásquez, 1997). Assim, os diversos tipos de tratamento podem ser agrupados de acordo com a sua forma de atuação: uns procuram reduzir os sintomas específicos da PHDA e os outros direcionam-se para atenuar outros problemas que costumam estar associados a esta problemática (Shelton & Barkley, 1995). Todavia, é necessário ter presente que a intervenção não pode ser um método isolado, devido aos sintomas abrangentes da PHDA, sendo por isso necessário uma forma de intervenção combinada (Shelton & Barkley, 1995; Rodrigues, 2008). Também temos que ter em atenção, os vários contextos de atuação das crianças, uma vez que a intervenção deve ir ao encontro dos mesmos, em virtude, dos problemas ocorrerem em todos eles. Deste modo e segundo Lopes (2004), existem contextos primários, que envolvem a família e a escola e contextos secundários, que abarcam todos os outros contextos de atuação, tais como, espaços públicos, locais de lazer, casa de familiares e amigos, entre outros.

Várias investigações têm comprovado a eficiência da intervenção farmacológica e das terapias comportamentais, a curto prazo, contudo ainda há dúvidas no que concerne aos efeitos a longo prazo destas intervenções isoladamente ou de uma forma combinada, devido ao impacto alargado dos sintomas da PHDA na vida de cada indivíduo (Rodrigues A. , 2008).

Um dos estudos mais conhecidos realizados nos Estados Unidos, sobre esta problemática, foi o *Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA)*, conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH). Este estudo, com 579 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos, desenvolveu-se durante 14 meses, e o objetivo principal foi o estudo da eficácia, a longo prazo, de diferentes programas de intervenção. Os resultados a curto-prazo mostraram que a diminuição de sintomas após a intervenção foi efetiva para todos os programas (Rodrigues, 2008).

Um outro estudo conduzido por Ana Miranda Casas e os seus colaboradores menciona que deve haver uma modificação de atitudes e modelos interventivos, que se sintetizam no seguinte: uma intervenção mais proactiva do que reativa; uma intervenção mais ecológica do que clínica; uma intervenção multicomponente e não unicamente farmacológica; uma abordagem de intervenção assente em estratégias diversificadas e técnicas ligadas com uma forte utilização de abordagens não farmacológicas em detrimento da redução dos sintomas; uma perspetiva de intervenção ao longo da vida, evoluída e centrada na qualidade de vida e não transversal e pontual (Rodrigues, 2008).

Tendo em conta a natureza multidimensional da PHDA, os métodos de intervenção e a avaliação devem ser multimodais, ou seja, deve ser uma intervenção que combine a abordagem farmacológica com outros tipos de intervenção não farmacológica. Neste sentido, existem variadas possibilidades de intervenção, podendo-se considerar essenciais as de tipo farmacológico, não farmacológico, psicossocial ou de tipo multimodal, sendo esta última, a que tem evidenciado resultados mais eficazes (Rodrigues, 2008).

3.2.1. Intervenção farmacológica

As crianças com PHDA ostentam um número reduzido de neurotransmissores na zona frontal do cérebro, neste sentido, o tratamento ideal para esta problemática seria a administração de um fármaco que fizesse ampliar a quantidade de neurotransmissores para níveis adequados à faixa etária da criança (Selikowitz, 2010). O objetivo primordial da utilização de fármacos não é só controlar a conduta da criança, mas também ajudá-la a adaptar-se às necessidades do meio (Polaino-Lorento & Encío, 2002).

Felizmente existem vários fármacos no mercado que ajudam no tratamento da PHDA.

Inúmeras investigações apontam para três grupos de medicamentos que ajudam neste tipo de intervenção sendo eles: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos (André & Júnior, 2007; Barkley, 2002; Lopes, 2004; Polaino- Lorento & Encío, 2002; Rodrigues, 2008). Os estimulantes são os fármacos que corrigem alterações bioquímicas, que influenciam o controlo de impulsos e a atenção, sendo os mais utilizados e os que divulgam resultados mais eficazes (Cordilha & Boavida, 2008; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007). O uso clínico de estimulantes em crianças com PHDA foi descrito por Bradley (1937, cit. por Barkley, 2008) e desde essa altura que se tem difundido estimando-se que 2% das crianças norte-americanas escolarizadas no ensino básico tomem medicação para tratar esta problemática (García, 2001).

Estudos demonstram que 50 a 95% das crianças medicadas com estimulantes revelam melhorias comportamentais e melhorias no desempenho académico e social (Barkley, 2008). Esses mesmos estudos ainda revelam que 10 a 30% destas crianças não mostram respostas positivas à medicação, podendo mesmo agravar o seu comportamento (Barkley, 2002).

São três os estimulantes mais comuns na intervenção desta problemática: a d- anfetamina (Dexedrine®, Dextrostat®), o metilfenidato (Ritalina®, Methylin®) e a pemolina (Cylert®). Esta medicação vai estimular diretamente as áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo (Lopes, 2004). Pensa-se que as crianças medicadas com estimulantes melhoram a sua capacidade de atenção, controlam mais facilmente a sua impulsividade, melhoram a coordenação dos movimentos motores finos e o tempo de reação (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Parker, 2003). Estes estimulantes também ajudam as crianças no seu desempenho de forma mais eficaz e organizada, isto é, aumentam a capacidade de aprendizagem e a capacidade de evocação e rememoração. Os benefícios resultam numa melhoria da produtividade escolar e aumentam a precisão do trabalho (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Selikowitz, 2010). Também se verificou que os estimulantes são redutores de intensidade, logo há uma melhoria nas relações interpessoais. Neste sentido, a criança com PHDA acata mais as ordens dos pais e professores e mantém esse acatamento com o passar do tempo e reduzem as respostas negativas (Barkley, 2002; Barkley, 2008).

Segundo Falardeau (1997), para que o tratamento farmacológico seja eficaz é necessário que a medicação seja administrada de uma forma adequada. A primeira etapa

é encontrar a dose ideal, pois uma dose excessivamente fraca pode não produzir qualquer efeito e uma dose demasiado elevada conduzirá a uma diminuição da eficácia e a um acréscimo dos efeitos secundários.

Neste sentido, segundo Rodrigues (2008), a administração de estimulantes requer um estudo diário e pormenorizado do comportamento da criança e uma avaliação clínica periódica, realizada por um médico e verificando a sua evolução.

A medicação estimulante, tal como as outras medicações tem efeitos colaterais, sendo os mais comuns: perda de apetite, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, insónias, dores de cabeça, alteração de humor, sensação de ansiedade, boca seca, tiques nervosos, psicose temporária e comprometimento do crescimento (Barkley, 2002, Lopes, 2004; Neto, 2010; Selikowitz, 2010).

Diversos estudos revelaram que o uso de estimulantes não cria dependência nenhuma quando devidamente administrados. Em 1999, cientistas de Boston provaram que as crianças com PHDA que tomaram ritalina periodicamente durante a infância, ostentavam um risco de 85% menos de consumo abusivo de qualquer tipo de substâncias relativamente ao das crianças com PHDA que não tinham tomado essa medicação (Selikowitz, 2010).

Para além dos estimulantes, podem ser usados no tratamento desta problemática os tranquilizantes e antidepressivos, mas estes, só são utilizados quando os estimulantes não surtiram o efeito desejado e quando ocorrem efeitos secundários indesejáveis. Os seus efeitos são menos duradouros e causam muitos efeitos secundários mais prejudiciais, tais como, problemas cardíacos e aumento da pressão arterial (Madureira, Lopes, Paúl, & Boavida, 2007).

Apesar de inúmeros estudos revelarem que os estimulantes são uma opção de intervenção, nem todas as crianças devem ser sujeitas a este tipo de intervenção. A sua prescrição deve ter em conta alguns fatos, tais como: a idade da criança, a duração e a severidade do problema; a história de sucesso ou fracasso de medicações anteriores; a ausência na história familiar de tiques ou Síndrome de Tourette; os níveis de ansiedade dentro do normal; a motivação dos pais para o tratamento; a ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais; e responsabilização dos pais em seguir as normas da administração, consoante o prescrito (Rodrigues, 2008; p. 11).

Segundo Rodrigues (2008) a utilização deste tipo de medicação deve assentar numa correta avaliação clínica, uma análise pormenorizada da frequência e intensidade dos sintomas e no grau de disrupção.

Todavia a medicação não substitui o professor atento, o terapeuta dedicado, os pais carinhosos. Este fármaco torna o auxílio dessas pessoas preocupadas mais eficaz para a vida destas crianças (Sosin & Myra, 2006).

3.2.2. Modificação comportamental

As crianças com PHDA podem beneficiar com a utilização dos programas de modificação do comportamento, pois conseguem muitas vezes melhorar o seu desempenho escolar. Este programa baseia-se na melhoria do comportamento da criança na realização de tarefas, reduzir a tendência para falar em demasia, melhorar a organização e apresentação dos trabalhos, etc. (Parker, 2003)

No entanto, a intervenção comportamental deve centralizar-se na criança, mas é necessário que haja o envolvimento dos pais e toda a comunidade educativa que trabalha com ela. Todavia, trata-se de uma gestão efetiva de comportamentos através da aplicação de contingências (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Uma das estratégias de intervenção comportamental mais relevante é o uso de reforços, podendo ser de ordem material, social ou afetiva. No que concerne aos reforços sociais, é basicamente valorizar afetivamente e socialmente a criança, através de um sorriso, de um sinal de aprovação, de um afeto (Parker, 2003). Os programas mais conhecidos são os programas de “token” (economia de fichas e contratos entre professor e alunos). O programa de “token” tem a vantagem de assegurar que o comportamento adaptado seja reforçado imediatamente após a sua concretização, ou seja, é dado à criança fichas, que ela vai acumulando e que depois de um determinado montante ela poderá trocar por uma recompensa escolhida. Normalmente estes contratos são estabelecidos entre o professor e a criança ou entre a criança e os pais, onde são estabelecidos os comportamentos desejáveis e suas consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Uma outra estratégia é a punição, na qual é aplicada uma consequência negativa, que pretende diminuir a frequência do comportamento a que este se segue. Uma das principais formas de punições é o custo de resposta ou “time-out”. O “time-out” consiste em isolar a criança, isto é, mandando-a sair do local onde se encontrava, ou isola-la num canto, de modo a que ela sinta a essência negativa do seu comportamento. Contudo, deve ser utilizada em última instancia, só no caso de comportamentos gravíssimos. O custo de resposta, baseia-se na penalização dos comportamentos

desajustados, de modo a facilitar a ocorrência de comportamentos desejáveis. O custo deste comportamento poderá ser feito de várias formas: avisos, perda de privilégio, reprimendas (Rebelo, 1997).

Outra estratégia pode ser a extinção, que se baseia em ignorar um determinado comportamento de forma planeada e de maneira a reduzir a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

3.2.3. Modificação cognitivo-comportamental

A intervenção a nível cognitivo-comportamental tem como principal objetivo diminuir o sofrimento psicológico das crianças através de modificações dos processos cognitivos e nos padrões de comportamento disfuncionais, isto é, interferir na forma como elas pensam, vivem e interpretam as situações (Alfano, Coutinho, & Vianna, 2008).

Este tipo de intervenção assenta na provável eficácia da intervenção direta com a criança num contexto clínico, em que o objetivo primordial é melhorar o autocontrolo, com base nas estratégias de auto monitorização, autorreforço, autoinstrução, role play, entre outros (Rodrigues A. , 2008).

A estratégia de auto monitorização consiste em ensinar à criança a capacidade de observar, de avaliar e controlar os seus comportamentos e registá-los, o autorreforço baseia-se em a criança aprender e aplicar os seus reforços quer sejam positivos, quer sejam negativos. Os autorreforço pode ser em forma de registo de fichas, acumulação de cartões ou através da aplicação de autoelogios e a autoinstrução é a estratégia onde a criança aprende por ensino e treino e que se destina a desenvolver capacidades de controlo do seu próprio comportamento. Por último o role play, baseia-se em ensinar as crianças maneiras mais funcionais de agir em determinadas situações (Alfano, Coutinho & Vianna, 2008; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

É importante referir que a eficácia deste tipo de intervenção aumenta com o uso da combinação de fármacos e com outros tipos de intervenção.

3.2.4. Intervenção Psicossocial

A intervenção psicossocial abarca diferentes metodologias que se podem organizar de diferentes formas. Para Barkley, podem dividir-se em três grupos de estratégias: o treino de pais, a implementação de programas de modificação do

comportamento em situação de sala de aula e a colocação no ensino especial (Rodrigues, 2008).

O tratamento das crianças com PHDA exige um esforço conjunto entre pais, escola e criança. Os pais devem ter uma participação ativa para que se produza a generalização da aprendizagem da criança no seu dia-a-dia. É importante focar que os pais devem aceitar e respeitar os seus filhos tal e qual eles são e sem criarem expectativas desajustadas. Portanto, é fundamental ajudarem a criança a ampliar a confiança em si, reforçarem a sua autoestima e conhecerem os seus interesses, para os utilizarem como reforço positivo (Chaves, 1999).

A intervenção com a família pode adotar diferentes formas: 1) O programa de treino para pais que tem como objetivo primordial, melhorar as relações entre pais e filhos e apontar aos pais diferentes formas de lidarem com os comportamentos dos seus filhos. Este programa, segundo Barkley, deve incluir as seguintes questões: conhecimento geral acerca da PHDA; as causas dos problemas de comportamento da criança; aprendizagem e desenvolvimento das habilidades responsivas dos pais; dar atenção aos comportamentos adequados da criança; implementar em casa sistemas de quadros de reforço; aprendizagem e controlo de comportamentos em lugares públicos; prevenir futuros problemas. 2) Os grupos de suporte para pais é outro tipo de intervenção no âmbito familiar. O objetivo deste grupo é a interajuda e suporte recíproco entre pais. 3) Intervenção na relação pais-filhos, esta intervenção é constituída por uma combinação de aconselhamento dos pais e as terapias cognitivo-comportamentais (Rodrigues, 2008).

A intervenção psicossocial também abarca a intervenção em contexto escolar e os seus professores, que iremos falar posteriormente.

3.2.5. Intervenção em contexto escolar

As crianças com PHDA, tal como já referimos anteriormente, têm muitas dificuldades no relacionamento interpessoal, nomeadamente com os seus pares, falam em demasia, têm uma atividade motora excessiva, não são capazes de se organizar sozinhos, sendo todas estas características incompatíveis com o contexto escolar. Neste sentido, a PHDA deve ser vista como um problema que não se resolve facilmente e cujo prolongamento no tempo é muito provável. Todavia, não é fácil intervir junto destas crianças, é uma tarefa árdua e que requer muito método e persistência, por isso os

professores devem ser capazes de estabelecer um plano de ação que seja firme, prolongado e sobretudo ativo (Lopes, 2004; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007).

Segundo Lopes (2004) a intervenção junto destas crianças deverá ser compreendida na busca de uma forma de lidar com a situação e procurar manter as dificuldades dentro dos limites, que não se demonstrem arriscados para a própria criança nem para os que com ela convivem.

No que concerne à intervenção em contexto escolar DuPaul & Stoner (2007) apontam um conjunto de bases conceituais nas quais assenta esta intervenção: a PHDA deve ser olhada como uma situação grave, que se conserva ao longo do tempo e que tem associados comportamentos de difícil gestão em sala de aula; os comportamentos académicos e sociais estão interligados e procedem de problemas ligados à instrução; os profissionais envolvidos com crianças com PHDA devem adotar uma perspetiva educativa para os problemas de comportamento; lidar de modo eficaz e educativo com os problemas de comportamento, obriga ao desenvolvimento e à implementação de programas e planos de apoio ao professor; os profissionais responsáveis pelo apoio ao comportamento de crianças com PHDA devem ter treino profissional adequado (p.127 e 128).

O sucesso educativo destas crianças não depende só das tecnologias comportamentais, mas também do envolvimento do professor, pois este tem que ser ativo e voluntário no processo de trabalho. Estas duas componentes, tecnologias comportamentais e modificações curriculares, são fundamentais para que haja sucesso no tratamento, contudo é necessário que sejam aplicadas periodicamente na sala de aula.

As crianças com PHDA podem melhorar o seu funcionamento académico e social, se existir uma boa compreensão do professor face ao aluno e se existir um bom relacionalmente entre professor/aluno (Barkley, 2008). Todavia, é necessário que o professor possua conhecimento suficiente sobre esta problemática, para poder lidar de uma forma mais correta com estes alunos. Segundo Rodrigues (2008) uma área de intervenção será a educação e formação de professores sobre esta problemática.

Neste sentido, a intervenção em contexto escolar deve incluir estratégias proactivas e reativas para maximizar a mudança de comportamentos. As estratégias proactivas estão relacionadas com competências gerais de gestão e organização da sala de aula, que consiste em modificar o contexto sala de aula para impedir a ocorrência de certos comportamentos desafiadores. As estratégias reativas caracterizam-se pela implementação de consequências após um comportamento desejado. Estas estratégias

devem ser acompanhadas fundamentalmente de reforços positivos, sempre que existam comportamentos adequados (Barkley, 2008; Lopes, 2004). Segundo Lopes (2004) as regras de ouro para os professores lidarem com estas crianças são: instruir e prevenir, isto é, “ centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos do que corrigidos”(p. 205). O professor tem que ser mais proactivo do que reativo. Os professores devem monitorizar estes alunos com mais frequência, isto é, devem averiguar se eles compreenderam o que é esperado que eles façam em determinada situação; devem promover o envolvimento nas atividades académicas; devem coloca-los mais próximos da sua mesa para assim poderem controlar melhor o seu trabalho e o seu comportamento (Lopes, 2004).

Segundo Barkley (2008) existem várias recomendações para alterar as tarefas académicas para as crianças com PHDA, tais como: as tarefas escolares devem ser conciliáveis com as habilidades das crianças; variar o formato das apresentações e materiais de trabalho, o que ajuda a criança a sentir-se mais motivada e interessada pela atividade; as tarefas escolares devem ser breves; intercalar aulas expositivas com momentos breves de exercício físico; proporcionar opções de trabalho; adaptações nos trabalhos escritos, isto é, reduzir a duração do trabalho escrito, deixando usar o computador para escrever relatórios ou terminar trabalhos.

É importante salientar os aspetos direcionados para o planeamento da intervenção que visa os comportamentos das crianças com PHDA, pois estes são os que causam mais impacto na sala de aula.

Neste sentido, a intervenção comportamental deve atender às seguintes questões: os sujeitos responsáveis pelo planeamento de intervenção devem apostar numa avaliação rígida dos problemas apresentados na sala de aula, para que possam delinear estratégias de intervenção adequadas; o feedback transmitido a estes alunos deve ser imediato e mais frequente do que para os seus colegas; o elemento fundamental para a modificação do comportamento são os reforços positivos, mas devemos ter em conta que o uso exclusivo do reforço positivo pode distrair a criança da tarefa, pelo que em conjunto com o reforço positivo devem estar as consequências negativas (reprimendas), para que haja uma reorientação da criança para a tarefa; o desempenho académico deve ser o centro da intervenção e não tanto os comportamentos desajustados relacionados com a tarefa; as atividades eleitas da criança, por exemplo, atividades de escolha livre ou acesso ao computador, devem ser usadas como reforços, em vez de recompensas

concretas; o professor deve avançar, em conjunto com o aluno, as regalias das quais poderá beneficiar na sala de aula, antes do início do trabalho; a execução do programa de intervenção deve ser monitorizada e avaliada, com vista a efetuar acertos ou mudanças nas fases do próprio programa (Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

Estas crianças evidenciam muitos problemas comportamentais na sala de aula, por isso ao intervir neste contexto é necessário implementar inúmeras estratégias comportamentais para que haja sucesso escolar.

CAPÍTULO IV- “ESTADO DA ARTE”

Tal como referimos nos capítulos anteriores os professores têm um papel preponderante junto das crianças com PHDA. É fundamental o professor saber o que fazer quando tem dentro da sala um aluno com esta problemática, pois ele é um observador, um comunicador e um dinamizador. O professor deve ter um conhecimento especializado, deve ser criativo, quer na utilização de materiais de aprendizagem, quer no planeamento de situações educacionais, para assim haver sucesso no processo ensino/aprendizagem das crianças com PHDA. Em suma, o importante é que o professor tenha um alto grau de compreensão e sensibilidade, para que possa desempenhar, com sucesso, o seu papel de facilitador e estimulador. (Barkley, 2008).

Os professores têm um papel primordial nas experiências escolares das crianças com PHDA. Normalmente são eles os primeiros a detetar esta perturbação, devido à sua capacidade de observar inúmeros comportamentos destas crianças durante várias horas e em várias situações, tais como, jogos de lazer, trabalhos de grupo, realização de tarefas individuais, nas interações com as outras crianças, entre outras (Fernández, Mínguez, & Casas, 2007).

Nestes sentido, os professores estão envolvidos diretamente no processo de intervenção, mas não se sabe muito acerca das perceções que eles têm relativamente a esta perturbação e ao seu tratamento. Benczik (2000) refere que, muitas vezes, os professores têm uma perceção desacertada relativamente à natureza, causas, sintomas, bem como acerca da intervenção. Este autor, ainda salienta que o conhecimento sobre esta perturbação, constitui o primeiro passo para se ajudar estas crianças no seu processo educativo, quanto maior for o grau de informação sobre a PHDA, maior será a probabilidade de estas crianças alcançarem sucesso a nível académico.

Quando nos referimos ao conhecimento do professor entendemo-lo “como um saber, ou um conjunto de saberes, contextualizado, por um sistema concreto de práticas escolares, que corresponde ao conceito aristotélico de sabedoria, refletindo as suas conceções, perceções, experiências pessoais, crenças, atitudes, expectativas” (Pacheco, 1995). Estas crenças, perceções e atitudes dos professores acabam por funcionar como filtros na tradução da realidade, acabando por influenciar o seu comportamento e por sua vez a forma como ensina e se relaciona com estas crianças.

Para Barkley (2008) o fator essencial na intervenção junto destas crianças é a atitude dos professores. Estes devem ter uma atitude proactiva de envolvimento no processo de intervenção, bem como informação dos instrumentos de despiste e sua aplicação, sendo fundamentais para o sucesso do tratamento. Todavia, a literatura aponta que os professores são um dos maiores obstáculos a darem respostas às necessidades das crianças com PHDA (Shapiro & DuPaul, 1993, cit. in Sciutto et al, 2000).

Vários estudos têm demonstrado que os professores com níveis de conhecimento mais baixos são mais ditadores, utilizam um único método de ensino, enquanto um professor com níveis de conhecimento mais elevado utilizam estratégias diversificadas que vão ao encontro das dificuldades dos alunos, conseqüentemente o rendimento escolar destas crianças aumenta (Sprinthall & Sprinthall, 1993). Também podemos referir que os professores tendem a ser mais autoritários e controladores face aos comportamentos desajustados das crianças com PHDA, e deste modo, a sua interação torna-se mais negativa, o que leva a que estas crianças se sintam menos motivadas, com uma baixa autoestima influenciando o sucesso escolar e social das mesmas. Por isso é necessário que os professores modifiquem as suas atitudes face a estas crianças. Estas modificações, só são possíveis, se os professores alargarem os seus conhecimentos sobre esta perturbação, pois isto traz inúmeras implicações ao longo da vida da criança. É fundamental os professores saberem como intervir com estas crianças. (Barkley, 2002).

Neste sentido, é importante falarmos de estudos realizados nas últimas décadas, em diversos países, tais como: EUA, a Europa, Brasil, entre outros, sobre o conhecimento, perceções e atitudes dos professores face à PHDA. A maioria dos estudos publicados pretendem dar a conhecer a perceção dos professores no que concerne às causas, prevalência, intervenção e incidência.

Sciutto e colaboradores (2000) levaram a cabo uma investigação que envolveu 149 professores a lecionarem em escolas do 1º ciclo, em seis distritos escolares de Nova York, tendo alguns dos professores experiência em turmas de educação especial. O objetivo primordial desta investigação era distinguir as crenças e os mitos que os professores têm sobre a PHDA e o que eles efetivamente não sabem sobre esta problemática. Para realizarem esta investigação partiram do preenchimento de três questionários: um para a avaliação dos conhecimentos próprios sobre a PHDA e construído para o efeito (*KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*) contemplando três

domínios: sintomas e diagnóstico, formas de tratamento e conhecimentos gerais sobre a perturbação; outro para analisar a percepção dos professores acerca da sua própria autoeficácia e por último um para recolha de dados demográficos .

Com a análise dos resultados, constatou-se que o número de respostas certas na escala de sintomas e diagnóstico era claramente superior ao apurado nas outras duas subescalas. Também se verificou que o nível de conhecimento dos professores estaria relacionado positivamente com a percepção de autoeficácia, com a experiência anterior e com os anos de experiência de lecionação (Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000). Estes resultados refletem a importância do conhecimento sobre esta perturbação. Neste sentido, um professor que tenha alguma experiência de ensino com estas crianças revelam um maior conhecimento sobre a PHDA.

Bekle efetuou uma investigação, que envolveu 70 indivíduos, sendo que 40 eram alunos universitários, do último ano do curso de formação de professores e 30 eram professores em exercício de funções. Esta autora pretendia com esta investigação comparar os conhecimentos sobre a PHDA de professores em função e de alunos universitários em formação de professores. Os resultados realçam o facto de que o grau de conhecimento conservado pelos professores, através de formação anterior, influencia a percepção destes relativamente à PHDA (Bekle, 2004).

Ghanizadeh e colaboradores (2006) desenvolveram um estudo no Irão, que envolveu 196 professores pertencentes a quatro áreas escolares da província de Shiraz. Neste estudo verificou-se que os professores possuem um baixo nível de conhecimentos acerca da PHDA e as suas atitudes são pouco indulgentes face a essas crianças.

Relativamente às causas da PHDA, verificou-se que cerca de 46,9% dos inquiridos concordaram que a PHDA tem alguma vulnerabilidade biológica ou genética. Todavia 53,1% dos professores considerou que a PHDA seria fruto de uma educação muito permissiva.

Outro dado importante a reter é relativamente à abordagem utilizada junto destas crianças. Constatou-se que 64% dos inquiridos utilizam com as crianças com PHDA as mesmas regras para disciplinar crianças sem PHDA. Também se verificou uma correlação significativa entre os conhecimentos dos professores sobre esta perturbação e a sua atitude, o que demonstra que os professores que sabem mais acerca da PHDA são também aqueles que têm atitudes mais tolerantes face a estas crianças. Estes autores referem que basta haver um aumento do conhecimento dos professores através da

formação especializada sobre esta perturbação, para haver um maior desenvolvimento de atitudes tolerantes face a estes alunos (Ghanizadeh, Bahredar, & Moeini, 2006).

Fernández e os seus colaboradores, em 2007, realizaram uma investigação que teve como objetivo principal analisar os conhecimentos dos professores. Participaram neste estudo 193 professores, dos quais 125 lecionavam a educação primária e 68 a educação pré-escolar, que pertenciam a escolas da zona de Valencia em Espanha. Utilizaram como instrumento a escala, KADDS- Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale, traduzida para espanhol, de forma a avaliar os conhecimentos dos professores nas três áreas consideradas pela escala: conhecimentos gerais, sintomas, diagnóstico e formas de tratamento da PHDA.

Os resultados obtidos na investigação permitiram verificar que os professores revelavam mais conhecimento na área dos sintomas e diagnóstico, havendo uma percentagem de 63,88% de respostas certas. Na escala de forma de tratamento apresentam 40,46% de respostas certas e na de conhecimentos gerais 31,67% (Fernández, Mínguez, & Casas, 2007).

É importante salientar os resultados obtidos no que se refere à correlação entre as variáveis sociodemográficas e de formação, com o conhecimento dos professores. Não se verificaram correlações expressivas entre o conhecimento e os anos de experiência profissional, bem como, entre estes últimos e o nível de autoeficácia percebida. Neste sentido, o número de anos de experiência docente não está diretamente relacionado com um maior conhecimento sobre a PHDA. Contudo, verificaram-se correlações positivas entre o número de horas de formação específica sobre esta perturbação e o conhecimento sobre a mesma, e também entre o nível de autoeficácia e o número de horas de formação específica sobre a PHDA (Fernández, Mínguez & Casas, 2007).

Mais recentemente, Ohan e seus colaboradores (2008) realizaram uma investigação em Melbourne na Austrália, que tinha como objetivo medir o impacto do conhecimento sobre a PHDA nas perceções e comportamentos dos professores. Participaram nesta investigação, 140 professores do 1º ciclo e todos eles possuíam experiência de lecionação com crianças com PHDA. Tendo em conta os resultados obtidos, verificou-se que os professores revelavam um conhecimento acima do esperado tanto em relação aos mitos como nas áreas de conhecimento sobre esta perturbação. Outro dado importante a referir é a consistência que existe entre o conhecimento e a forma como os professores percebem e intervêm com as crianças com PHDA (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008).

Como temos vindo a referir, muitos estudos se têm realizado no campo das perceções dos professores sobre a PHDA, por isso é de extrema importância fazermos referência a estudos realizados no nosso país sobre esta problemática.

Um dos estudos realizados em Portugal no âmbito da PHDA, foi elaborado por Fonseca e alguns colaboradores, pretendendo verificar as perceções que os adultos portugueses tinham sobre a PHDA. Neste estudo participaram 487 adultos, sendo a maioria estudantes universitários de algumas universidades da região centro do país. Estes estudantes posteriormente viriam a ter contacto a nível profissional com crianças com PHDA (psicólogos, enfermeiros, médicos, entre outros) (Fonseca, Simões & Rebelo, 1998).

Dos resultados do estudo verificou-se que, de um modo geral, os adultos inquiridos consideravam a PHDA um problema grave, conferindo mais importância aos sintomas de desatenção e hiperatividade. Também se constatou que os inquiridos apontavam como causa desta perturbação variáveis de contexto familiar (29,4 %), sendo que, em contrapartida as referências a causas genéticas (4 %) ou de natureza neurológica (0,4 %) apresentavam uma percentagem muito baixa. Um outro aspeto a reter diz respeito ao encaminhamento para outros especialistas, os inquiridos quando questionados sobre isso respondem 79,5% afirmativamente, sendo que 69,3% refere o psicólogo como sendo o profissional mais indicado para o tratamento desta problemática e 22,6, prefere as equipas multidisciplinares (incluem os psicólogos). Constatou-se que os inquiridos dão prioridade à intervenção do tipo educacional e são pouco sensíveis à intervenção médica, (10,3%) nomeadamente à utilização de fármacos (88,3%).

No que concerne às práticas educativas parece não haver um consenso entre os inquiridos. Os autores realçam para o facto das estratégias mais selecionadas serem de certa forma, contraditórias: “Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da autoestima da criança” (32,2%) e “Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão” (19,5%) (Fonseca, Simões & Rebelo, 1998).

Os resultados deste estudo demonstram uma discordância entre as perceções que os inquiridos têm sobre a PHDA e as investigações científicas. Neste sentido, os inquiridos desconhecem assim a proveniência da PHDA em fatores biológicos, bem como as vantagens de intervenções de origem farmacológica ao mesmo tempo que uma intervenção a nível educativo, social e familiar. Os autores referem que é necessário corrigir as perceções dos adultos através de uma maior sensibilização sobre a PHDA, no

sentido de estas crianças serem identificadas e encaminhadas para os serviços especializados (Fonseca, Simões, & Rebelo, 1998).

Em 2008, Ribeiro realiza um estudo exploratório, cujo objetivo era analisar as percepções dos professores do 1º ciclo sobre a PHDA. O estudo envolveu uma amostra de 44 professores, de um Agrupamento de Escolas do concelho do Carregado. É de salientar que 31 professores referiram que trabalhavam com crianças com essa problemática.

Da análise dos resultados verificou-se que 75% dos inquiridos atribuem causas genéticas à PHDA, 52,3% causas biológicas e 45,5% remetem a origem da PHDA à educação familiar. Todos os participantes responderam que existem outros problemas associados a esta perturbação. No que diz respeito à prevalência da PHDA, a maioria dos professores (68,2%) sabe que a prevalência é mais comum nos rapazes e 29,5% acha que é igualmente comum nos rapazes e raparigas (Ribeiro, 2008).

Quanto ao impacto que a PHDA causa em contexto escolar, apurou-se que 72,7% dos professores referem o “comportamento, agressividade e oposição” e “não aceitação de regras” como os fatores responsáveis pelas desadaptações, 65,9% refere as “dificuldades de aprendizagem” e 56,8% a “dificuldade de relação com os pares”.

No que concerne ao tratamento da PHDA com uso de medicação, 59,1% dos participantes refere que a medicação é fundamental e 31,8% considera-a pouco importante. Ainda é de salientar que 63,6% dos participantes acha que a medicação melhora a atenção das crianças com PHDA (Ribeiro, 2008).

Nesta linha de investigação Lourenço (2009) realiza um estudo exploratório com o objetivo de explorar e comparar as percepções dos professores do 1º, 2º e 3º ciclo relativamente a um conjunto de questões relacionadas com o conhecimento geral, diagnóstico e sintomas, formas de intervenção e atitudes face às crianças com PHDA. Participaram neste estudo 110 professores a lecionar no Agrupamento de Escolas de Almada.

Dos resultados obtidos verificou-se que os professores inquiridos possuem de uma maneira geral algum conhecimento sobre a PHDA. Contudo, os inquiridos apesar de demonstrarem alguns conhecimentos sobre a PHDA, revelam falta de conhecimento em relação à importância da medicação como forma de intervenção para o tratamento desta problemática. No que concerne aos problemas associados à PHDA que provocam maiores desadaptações/ impacto no contexto escolar, os inquiridos referem as

dificuldades de aprendizagem, as dificuldades de relação com os seus pares, bem como a dificuldade de aceitar e respeitar regras.

Relativamente às características que os docentes consideram perturbar mais a vida escolar destas crianças, os docentes apontam “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”, “Distraem-se facilmente com estímulos irrelevantes” e “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares...”.

Em 2009, Júlio leva a cabo um estudo que teve como objetivo, analisar as perceções dos técnicos portugueses sobre a PHDA. O estudo envolveu 110 técnicos portugueses, provenientes de diferentes instituições da região litoral de Leiria, sendo 85 professores do ensino regular, 10 professores de educação especial, 8 psicólogos e 7 outros técnicos. Dos dados obtidos é de salientar que 99,1% dos inquiridos já tiveram contacto com crianças com PHDA, sendo que 53,6% considera que esta perturbação é muito grave. Quando questionados sobre as causas da PHDA, os inquiridos indicam os fatores neurológicos (26,7%), seguidos dos fatores associados ao funcionamento familiar (22,8%) e dos fatores genéticos (16,7%). É importante referir que os professores do ensino regular (77,6%) referem os fatores neurológicos como a principal causa, sendo seguido pelos fatores associados ao funcionamento familiar (70,6%) e os fatores genéticos (54,1%). Os professores de educação especial atribuem as causas da perturbação à sociedade (60%) e 30% à televisão. No que diz respeito a estas mesmas respostas, verifica-se que apresentam uma prevalência bastante menos significativa no grupo de professores de ensino regular, apresentando um valor de 27,1% e 23,5% (Júlio, 2009). Relativamente às formas de intervenção, de uma maneira geral, todos os técnicos concordam com as diferentes formas de intervenção não havendo uma que se destaque.

Este estudo ainda encontrou uma relação entre a experiência profissional e o contacto com esta perturbação, com o aconselhamento externo, recursos à intervenção farmacológica e às práticas educativas.

Mais recentemente tivemos contacto com outro estudo realizado em Lisboa por Baptista (2010) que tinha como objetivo analisar as perceções dos professores sobre o impacto que os problemas das crianças com PHDA causam no contexto escolar.

Da amostra faziam parte 25 professores do 1º Ciclo do Ensino Básico de crianças com e sem diagnóstico de PHDA. Os dados foram recolhidos com base no preenchimento do “School Situations Questionnaire” e da Escala de Conners para professores.

Os resultados obtidos no estudo permitiram confirmar que existe uma diferença significativa entre os comportamentos das crianças com PHDA e crianças sem PHDA, à luz das perceções dos professores inquiridos. Também se verificou que as situações mais problemáticas para as crianças com PHDA são as que envolvem diretamente a sintomatologia de base da PHDA: a desatenção e a impulsividade. Os inquiridos referem que as principais consequências dos comportamentos destas crianças no contexto escolar são os problemas no desempenho académico e nas relações sociais com pares, com implicações diretas no futuro próximo das mesmas.

Na perspetiva anterior, merece-nos referenciar um outro estudo realizado por Catarino (2010), que teve como objetivo analisar as perceções e atitudes dos professores do ensino básico face à PHDA. A amostra foi constituída por 142 professores que desempenhavam funções nas escolas do distrito da Guarda. Utilizou como instrumento de recolha três tipos de questionários: uma versão do *Knowledge of Attention Deficit Disorder* (KADDS), uma versão do *School Situation Questionnaire* (SSQ) e um questionário que avaliava as intervenções e estratégias utilizadas pelos professores (Catarino, 2010).

Dos resultados apurados verificou-se que a maioria dos inquiridos já trabalhou com alunos com PHDA (63,4%), contudo, os seus conhecimentos são insuficientes.

Relativamente às características que levam os professores a suspeitar de uma situação de PHDA, 62,7% dos inquiridos aponta a hiperatividade como a principal característica, seguida de défice de atenção com 27,5% (Catarino, 2010).

Quanto às práticas utilizadas com estas crianças constatou-se que, os inquiridos privilegiam a utilização de estratégias educativas específicas e de organização da sala de aula. A autora considera que é fundamental haver formação especializada nesta área para os professores, de modo, a estes poderem incrementar intervenções mais exatas e que levem ao sucesso escolar destas crianças (Catarino, 2010).

Nesta linha de investigação, Filipe (2011) realizou um estudo com o objetivo de determinar o grau de informação dos docentes do 1º Ciclo, as dificuldades que sentem ao lecionar turmas com crianças com PHDA e os métodos e estratégias utilizadas por estes docentes. Da amostram faziam parte 102 professores de três agrupamentos da Região Centro. Os dados foram recolhidos por questionário.

Dos resultados alcançados permitiram confirmar que os docentes demonstram ter algum conhecimento sobre esta problemática, contudo constatou-se que a formação inicial e contínua dos docentes não é suficiente. Quanto aos fatores associados à PHDA

que os professores consideraram provocar maior desadaptação no contexto escolar, apurou-se que os professores dão uma pontuação elevada aos fatores: “ pouca persistência e baixa motivação”, “ não aceitar e respeitar regras”, “ ter comportamentos agressivos e de oposição”, seguindo-se “as dificuldades de aprendizagem”. O fator menos apontado por estes docentes é “baixa auto-estima”.

No que concerne à forma de intervenção terapêutica a maioria dos inquiridos considera que a que trará mais benefícios para as crianças com PHDA é a intervenção Multimodal.

Quanto às estratégias utilizadas nas salas de aulas, os inquiridos referem que utilizam estratégias diversificadas no seu dia-a-dia. Todavia, os dados recolhidos sobre o conhecimento e práticas/estratégias utilizadas com as crianças com esta problemática, demonstram que seria importante os professores possuírem formação específica nesta área.

Em 2011, Monteiro realiza um estudo em que o objetivo primordial foi apurar quais as estratégias que os docentes do 1º Ciclo consideram mais adequadas a utilizar com alunos hiperativos. A amostra foi constituída por 50 docentes do 1º ciclo de 10 Agrupamentos de Escolas. Os dados foram recolhidos através de um questionário com o intuito de apurar as estratégias que os docentes consideram ser as mais adequadas a este tipo de alunos.

Dos resultados obtidos, verificou-se que os docentes do 1º Ciclo têm algum conhecimento sobre esta problemática. Constatou-se que os docentes que já trabalharam com estes alunos identificam mais facilmente as características que parecem associadas a esta problemática, bem como os docentes que já realizaram formação sobre esta temática. A maioria dos inquiridos considera que as estratégias de intervenção devem ser muito diversificadas. As estratégias que os docentes consideram ser as mais adequadas na sala de aula, para a criação de um ambiente propício à aprendizagem destes alunos são: manter o aluno afastado de focos de distração; enfatizar a qualidade e não a quantidade; sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor. Relativamente às estratégias de intervenção educativa, os docentes elegem as seguintes estratégias: identificar os pontos fortes do aluno hiperativo; manter contacto regular com os pais do aluno hiperativo; e a atitude dos professores.

Os estudos realizados em Portugal sobre as perceções dos professores face à PHDA demonstram que existem as mesmas lacunas que a literatura internacional anota.

Como podemos verificar nos estudos anteriormente referenciados, verificamos que os professores ainda possuem pouco conhecimento sobre esta problemática e, muitas vezes, não sabem qual a forma mais correta como trabalhar com estas crianças nas suas salas de aulas.

Não podíamos terminar sem antes falarmos de um outro tipo de estudo que também tem vindo a ganhar algum relevo. Queremos então referir os estudos interculturais, que têm como principal objetivo procurar identificar as semelhanças e diferenças entre as perceções dos professores em diferentes países, tirando as devidas conclusões no que concerne ao facto da cultura poder ou não influenciar nas atitudes e conhecimentos.

Um dos estudos produzido foi realizado por Norvilitis e Fang (2005), que verificaram que os professores dos Estados Unidos apontaram os sinais ligados à inadaptação como sendo aqueles que mais os preocupa, enquanto os chineses deram mais importância à hiperatividade.

Outro estudo foi levado a cabo por Havey em 2007, que concluiu que os americanos apontavam como possível causa da PHDA uma combinação entre fatores bioquímicos e ambientais, enquanto os holandeses apontavam mais para uma causa bioquímica. Em ambos os países, os professores acreditam que a melhor terapia é uma combinação entre a modificação comportamental e a medicação

Parte II – Investigação Empírica

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

“Cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 121).

Segundo Demo (1995) a metodologia “é um estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para fazer ciência” (p.11).

Tendo em conta as nossas preocupações e focos de interesses e tal como temos vindo a salientar através da literatura revista, com este capítulo dedicado à Metodologia, pretendemos criar a base de enquadramento da investigação empírica.

Neste capítulo serão enunciados a problemática e a questão de partida, os objetivos do estudo, tipo de investigação, população e amostra, bem como, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos metodológicos.

4.1. Linha Condutora da Investigação

Todos nós sabemos que as crianças passam a maior parte do seu tempo na escola, onde partilham as suas atividades diárias com os professores. Todas as crianças precisam de um ambiente escolar positivo, onde o sucesso afigure o resultado natural desse ambiente e seja consequência natural da sua presença na escola. Neste sentido, deve existir um ambiente onde o professor acredite que todos os alunos são capazes de obter sucesso e lhes façam sentir essa convicção.

Os professores e educadores têm uma tarefa árdua quando nas suas salas de aula existem crianças com PHDA, pois revelam irrequietude motora: mexem-se muito na cadeira, agitam pernas e braços, não respeitam a sua vez de falar e falam em demasia. Apresentam também níveis elevados de desatenção, interrompem ou interferem frequentemente nas atividades dos colegas (DSM-IV-TR, 2002).

Muitas das crianças com PHDA demonstram problemas na escola, pois têm dificuldades em controlar a impulsividade e manter a atenção, requisitos necessários ao êxito Escolar. Porém, a PHDA interfere mais com o rendimento escolar do que com a

aprendizagem em si. Normalmente, estas crianças, apresentam um bom potencial cognitivo, mas nem sempre são vistas dessa forma pelos respetivos professores. Os professores acham-nas “preguiçosas”, “mal-educadas” e imaturas. Esta situação leva a que as crianças manifestem desinteresse e falta de investimento académico (Lopes, 2004). A nível social, revelam dificuldades de relacionamento com os seus pares. Segundo DuPaul & Stoner (2007), apresentam níveis elevados de rejeição pelos pares, condição que propende a conservar-se ao longo do tempo, afetando uma condição crónica ao nível das relações interpessoais.

Por tudo isto, é importante o modo como os professores operacionalizam as suas práticas educativas, pois podem constituir um facilitador ou aumentar as dificuldades na implementação de medidas adequadas a este tipo de crianças.

Partindo do pressuposto que as crianças com PHDA requerem um ensino adequado aos problemas que dela advêm, é nossa intenção saber junto dos professores do 1º e do 3º Ciclos, quais as suas perceções e atitudes face a estas crianças.

Parece-nos pertinente este estudo, e ambicionamos que venha a acrescentar mais conhecimento sobre o modo como os professores encaram estas crianças, permitindo melhorar a intervenção em contexto escolar.

4.2. A problemática e a questão de partida

Uma investigação de cariz científico, normalmente, é usada para descrever conhecimentos, analisar dados, prognosticar e controlar fenómenos, tendo sempre como base o rigor e a sistematização. Assim, toda a investigação inicia pela identificação e clarificação de um problema, visto a sua definição ser a primeira fase da investigação.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), uma investigação é algo que se busca saber, tendo como preocupação inicial nomear o objetivo de estudo e delimitar, o mais possível, o problema a ser estudado. O investigador deve designar um fio condutor, que seja claro e possível de ser realizado, para que o seu trabalho seja coerente.

Toda a investigação se inicia por um problema e para o qual se vai procurar achar respostas. Normalmente o problema traduz-se numa ou mais questões de partida, que devem ser claras e sem ambiguidade, para que não haja mais que uma interpretação. Para Quivy e Campenhoudt (1992) relativamente à qualidade da pergunta de partida

deve ser precisa, unívoca, concisa, isto é, adequada aos recursos pessoais, técnicos e materiais; deve ser pertinente e de fácil apreensão.

É muito importante ficar bem definida a questão de partida, pois é ela que nos vai conduzir a todas as etapas do trabalho de investigação, na medida em que estabelece, quer a formulação de objetivos ou hipóteses, quer a escolha dos métodos a utilizar para achar uma resposta (Almeida & Freire, 2003).

O nosso objetivo de estudo prende-se com as perceções e conhecimentos dos docentes relativamente a PHDA, o que nos leva a colocar a seguinte questão de partida: **Será que existem diferenças significativas de conhecimentos, perceções e estratégias dos docentes, em relação à PHDA, em função do ciclo que lecionam?**

4.3. Objetivos do estudo

Segundo Freixo (2010), “o objetivo de um estudo constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando conseqüentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” (p.164).

Com o presente estudo de investigação, o nosso principal objetivo consiste em comparar os conhecimentos, perceções e práticas dos professores do 1º e 3º Ciclos relativamente à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Ao questionarmo-nos sobre os conhecimentos que os professores possuem acerca da PHDA e a forma como operacionalizam as suas práticas educativas, tivemos em conta os seguintes objetivos:

- Conhecer a informação que os professores detêm sobre a PHDA;
- Verificar a perceção dos professores sobre as características que têm mais impacto na vida escolar das crianças;
- Compreender quais as causas apontadas pelos professores para a existência da PHDA;
- Averiguar qual a opinião dos professores sobre quem deve diagnosticar a PHDA;
- Verificar as estratégias de intervenção mais utilizadas pelos professores junto das crianças com PHDA;

- Aferir se se verifica diferenças relevantes nos conhecimentos, percepções e estratégias dos professores em relação à PHDA, em função do ciclo que lecionam.

4.4. Tipo de investigação

Sendo a abordagem quantitativa uma realidade objetiva, que utiliza critérios rigorosamente definidos em relação à amostragem e aos processos da análise de dados baseados na linguagem da matemática analítica, da estatística e da categorização lógica, é a que mais se aproxima da investigação que pretendemos levar a cabo (Afonso, 2005).

Esta abordagem quantitativa aproxima-se de um Plano Descritivo, pois o investigador já possui conhecimentos prévios sobre a temática, permitindo assim, identificar os objetivos a analisar. Este tipo de pesquisa não obriga à utilização de técnicas e tratamentos sofisticados e demasiado complexos, o que por vezes, em vez de clarificarem a relação entre as variáveis tornam os dados incompreensíveis e pouco úteis. Deste modo, são muitos os autores que defendem que a técnica mais apropriada para os estudos descritivos é o questionário (Dias, 2010).

Segundo Boavida e Amando (2006), quando é utilizado este instrumento é possível descobrir-se através dele se as experiências e as perspetivas dos inquiridos se enquadram num conjunto de categorias pré estabelecidas. Com este tipo de investigação garante-se mais facilmente o anonimato e a confidencialidade, bem como a imparcialidade nas respostas, o que minimiza possíveis constrangimentos por parte dos participantes.

4.5. População e amostra

Quando se realiza uma investigação, no campo social levanta-se muitas vezes a questão da representatividade do universo que se pretende estudar. Na maioria das investigações realizadas não é fácil conhecer a opinião de toda a população em estudo, face aos custos, à acessibilidade e às limitações de tempo. Neste sentido, os investigadores, optam por recolher dados de um grupo menor, recorrendo ao processo de amostragem, isto é, estudam uma pequena parte do universo, definido como amostra (Dias, 2009).

Ao selecionarmos a amostra, é necessário termos em conta que ela seja o mais representativa possível e diversificada, ou seja, que possua características idênticas às do universo.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), depois de definido o campo de análise o investigador depara-se com três hipóteses: “ou recolhe dados e faz incidir as suas análises sobre a totalidade da população coberta por esse campo; ou limita a uma amostra representativa desta população; ou estuda apenas componentes muito típicas, ainda que não estreitamente representativas dessa população” (p.162).

Tendo em conta a problemática em estudo, a nossa amostra é constituída por professores do 1º e 3º Ciclos de algumas escolas do distrito de Viseu. Neste sentido, a amostra foi selecionada por conveniência, constituída por sujeitos voluntários, que se disponibilizaram para participar na nossa investigação.

4.5.1. Caraterização da amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 150 docentes, de alguns agrupamentos do distrito de Viseu.

Na tabela 1, relativamente ao género dos docentes, há a referir um número de participantes muito elevado; 81,3% (N=122) do género feminino em oposição apenas a 18,7% (N=28) do género masculino.

Tabela 1- Distribuição da Amostra, por género

	N	%
Masculino	28	18,7%
Feminino	122	81,3%
Total	150	100,0%

No que diz respeito à idade (tabela 2), constatamos que a amostra é constituída por docentes de diversas faixas etárias, dado que as idades compreendem o intervalo menos de 30 anos e mais de 60. Não se justificando a necessidades de abordar esta variável de uma forma detalhada, optou-se por criar quatro escalões, ou seja, 36,7% dos docentes têm idades compreendidas entre 41 e os 50 anos, 36,0% têm idades

compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 17,3% têm menos de 31 anos e 10% têm idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos.

Tabela 2- Distribuição da Amostra, por idades

	N	%
Menos de 31 anos	26	17,3
Entre 31 e 40 anos	54	36,0
Entre 41 e 50 anos	55	36,7
Entre 51 e 60 anos	15	10,0
Total	150	100,0

Relativamente às habilitações académicas dos docentes da amostra, as respostas obtidas permitem constatar que 2,7% (N=4) elementos do total dos respondentes indicou possuir o grau de Bacharelato. A restante maioria 89,3% (N=133) indicou possuir o grau de Licenciatura. Podemos verificar que apenas 0,7% (N=1) indica possuir uma pós-graduação e 7,4% (N=11) dos docentes possuem o Mestrado. É de salientar que um dos inquiridos não indicou a sua habilitação académica (tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da Amostra por Habilitações Académicas

	N	%
Bacharelato	4	2,7
Licenciatura	133	89,3
Pós- Graduação	1	0,7
Mestrado	11	7,4
Total	149	100,0
Perdidos	1	

Em relação à experiência profissional dos docentes (tabela 4), tivemos necessidade de recodificar esta variável em três grupos, 43,3% (N=65) dos docentes tem entre 13 a 24 anos de tempo de serviço, 40% (N=60) têm entre 0 a 12 anos e 16,7% (N=25) têm mais de 25 anos de tempo de serviço.

Tabela 4- Distribuição da Amostra por Tempo de Serviço

	N	%
entre 0 a 12 anos	60	40,0
entre 13 e 24 anos	65	43,3
mais de 25 anos	25	16,7
Total	150	100,0

Quanto à situação profissional, 88 docentes (58,7%) pertencem aos quadros de Agrupamento, 51 (34%) são contratados e 11 (7,3%) pertencem aos Quadros de Zona Pedagógica (tabela 5).

Tabela 5- Distribuição da Amostra segundo a situação profissional

	N	%
Prof. Contratado	51	34,0
Prof. Quadro Escola/Agrupamento	88	58,7
Prof. Zona Pedagógica	11	7,3
Total	150	100,0

No que concerne ao ciclo de ensino dos docentes (tabela 6), verificamos que 52% dos participantes são professores do 3º Ciclo e 48% professores são do 1º Ciclo.

Tabela 6- Distribuição da Amostra, por Ciclos de lecionação

	N	%
1º Ciclo	72	48,0
3º Ciclo	78	52,0
Total	150	100,0

Relativamente ao grau de informação anterior dos docentes sobre a PHDA, constatamos que a esmagadora maioria tem pouco conhecimento sobre esta problemática (49,3%) (tabela7).

Tabela 7- Grau de informação anterior sobre a PHDA

	N	%
Nenhum	20	13,3
Pouco	74	49,3
Suficiente	47	31,3
Bom	9	6,0
Total	150	100,0

No que diz respeito ao tipo de formação anterior sobre a PHDA, a maioria dos docentes refere não possuir qualquer tipo de formação (36,9%), enquanto 21,5% revela ter adquirido formação através de conferências e leituras.

Tabela 8- Tipo de Formação anterior sobre a PHDA

	N	%
Nenhuma	55	36,9
No Curso	31	20,8
Conferências, leituras, e tc	32	21,5
Cursos Breves, ações pontuais	15	10,1
Pós- Graduação, especialização	16	10,7
Total	149	100
Perdidos	1	

4.6. Instrumentos e Recolha de dados

A nossa investigação é fundamentalmente de cariz quantitativo. Segundo Lima e Vieira (1997), a investigação quantitativa caracteriza-se “ pela utilização de técnicas rigorosas de recolha de dados, muitas delas standardizadas, que permitem assegurar a validade e fidelidade dos dados recolhidos”(p.16).

Neste sentido, como principal técnica de recolha de dados utilizámos o inquérito por questionário. Este instrumento é dirigido a professores do 1º e 3º Ciclos porque, apesar de serem grupos de docentes distintos, para a concretização dos objetivos do nosso estudo é importante perceber se estes dois grupos têm as mesmas atitudes e perceções face aos alunos com PHDA. Empregámos esta técnica por considerarmos a

mais adequada para inquirir um grande número de indivíduos e por ir ao encontro dos objetivos estabelecidos para esta investigação.

O Inquérito por questionários é por definição “ um instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem”(Ghiglione & Matalon, 2001, p.110).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992) esta técnica de recolha de dados consiste

“em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (p.190).

Os investigadores ao utilizarem a técnica do questionário, possibilita-lhes envolverem três áreas de recolha de informação, ou seja, permite-lhes recolher dados sobre o que as pessoas sabem (conhecimento ou informação), o que gostam ou não gostam (preferências e valores) e o que pensam (atitudes e crenças) (Tuckman, 2000, p.307).

Como opção metodológica do nosso estudo, escolhemos o inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados, pois parece-nos ser o mais vantajoso, devido à sua facilidade de aplicação, por permitir o anonimato, por abranger um largo número de dados homogéneos e suscetíveis de tratamento estatístico.

4.6.1. Apresentação do questionário

O nosso instrumento de trabalho (anexo I), foi gentilmente cedido pela Mestre Maria Isabel Lourenço (autorização da autora no anexo II), “Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: Estudo comparativo das perceções e atitudes de professores do 1º,2º e 3ºciclo do Ensino Básico”. Este é assim constituído por diversos itens, possuindo questões de resposta fechadas, contudo algumas questões dão a possibilidade ao inquirido de acrescentar opções de resposta. Apresentam itens dicotómicos (sim/ não), dada a objetividade de algumas questões, respostas do tipo Likert ou opinativas de importância de 7 ou 9 ordens.

Existem também alguns itens constituídos por diferentes alternativas onde se solicita ao inquirido que de um conjunto de alternativas assinale as que, na sua opinião, melhor se aplicam.

O questionário foi estruturado em cinco partes, onde se associaram um conjunto de questões relacionadas com cada área.

Na Parte I - Características pessoais e profissionais. Começa com o preenchimento de itens, nos quais apontam para a caracterização dos docentes, através de dados pessoais e profissionais, ou seja, sexo, idade, habilitações académicas, número de anos em que exerce funções docentes, ano de ensino que leciona, situação profissional, grau de informação e tipo de formação acerca da PHDA e, por último, se já trabalhou com crianças com PHDA.

Na Parte II- Conhecimento dos docentes sobre a PHDA Consideram-se sete agrupamentos distintos de questões (alíneas) num total de 23 itens. Em cada grupo de questões encontram-se em causa os seguintes aspetos:

1- Características que levam os docentes a suspeitarem de uma situação de PHDA:

Défice de Atenção	
Hiperatividade	
Impulsividade	

3- Prevalência da PHDA:

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

4- Causas da PHDA. Conjunto de 8 itens de resposta alternativa.

5- Evolução da PHDA. Itens dicotómicos (sim/ não)

6- Profissionais que realizam o diagnóstico. Conjunto de 5 itens de resposta alternativa.

7- Problemas associados. Itens dicotômicos (sim/ não)

Parte III – Avaliação do Impacto que causa em contexto escolar. Considera-se a agrupação distinta de duas questões, num total de 26 itens. Em cada questão encontram-se em causa os seguintes aspetos:

2- Características que o docente considera atrapalharem mais a vida escolar das crianças com PHDA. Conjunto de 18 itens de resposta alternativa, onde teriam que assinalar cinco opções que melhor se aplicavam a estas crianças.

8- Características que provocam maior desadaptação. Conjunto de 8 itens de resposta alternativa.

Parte IV- Atitude face à situação. Tem-se dois agrupamentos distintos de duas questões num total de 16 itens. Em cada questão encontra-se em causa os seguintes aspetos:

9- Formas de intervenção mais benéficas. Conjunto opinativo de 7 itens de resposta múltipla com 7 ordens, em escala opinativa crescente, segundo o grau de importância.

10- Opções a tomar quando um professor se encontra face a uma criança com PHDA. Conjunto opinativo de 9 itens de resposta múltipla com 9 ordens, em escala opinativa crescente do grau de importância.

Parte V- Estratégias de Intervenção em contexto escolar utilizadas pelos professores com crianças com PHDA. Conjunto de 22 itens de resposta múltipla com 3 ordens, em escala de frequência(pouco frequente, frequente e muito frequente).

4.7. Procedimentos Metodológicos

Uma investigação requer um trabalho de elaboração cuidado, examinando todas as condições e meios que colaboram para uma correta execução da mesma. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992) um procedimento “é uma forma de progredir em direção a um objetivo. Expor o procedimento científico, consiste, portanto, em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação” (p.22).

Neste sentido, demos início à parte empírico do trabalho, efetuando os primeiros contactos. Como procedimento para a realização do questionário e recolha de dados nos Agrupamentos, encetámos contacto com o Mestre Maria Isabel Lourenço, solicitando-lhe a autorização para a utilização do seu questionário.

Após a autorização concebida pela Mestre foi efetuado o pedido de autorização para a aplicação do questionário, junto de diversos agrupamentos (Anexo III). Alguns dos agrupamentos contactados concederam-nos, de imediato, a devida autorização para a distribuição dos questionários. Os questionários foram entregues a um representante de cada Agrupamento de Escolas, que se disponibilizou para o distribuir junto dos respetivos colegas.

A entrega e a recolha dos questionários decorreu entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2012.

Após a recolha dos questionários, procedeu-se à sua numeração e ao tratamento estatístico dos mesmos. A análise estatística foi feita com recurso ao programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*.

CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados recolhidos no nosso estudo, tendo em consideração todos os aspetos da investigação: o problema em estudo, os objetivos da investigação e o enquadramento teórico.

Segundo Marconi e Lakatos (2005) a discussão dos resultados é a explanação e argumentação, onde se discute, fundamenta e expõe as proposições, tendo em conta o núcleo da investigação.

Numa primeira abordagem, fomos tentar verificar os conhecimentos dos docentes sobre a PHDA, o impacto que a PHDA causa em contexto escolar e as atitudes dos docentes face a esta situação. Efetuamos a análise descritiva das respostas nos itens únicos do questionário. A análise dos resultados inclui a indicação dos valores de frequência através das percentagens relativas a cada item de resposta fechada.

No seguimento efetuamos alguns cruzamentos entre variáveis, com a aplicação do teste do qui quadrado e averiguação de dados com recurso a ferramentas disponíveis no SPSS.

6.1. Análise descritiva dos resultados

Conhecimento dos docentes acerca da PHDA

Neste campo, pretendemos avaliar alguns conhecimentos que os docentes possuem acerca da PHDA. Tendo em conta que o nosso estudo é um estudo comparativo vamos também fazer uma comparação entre o conhecimento dos professores em função do ciclo que lecionam.

Questão 1: Características que levam o professor a suspeitar que uma criança poderá ter PHDA.

Entendemos ser pertinente saber, junto dos docentes, quais as características que os leva a suspeitar que uma criança poderá ter PHDA e obtivemos os resultados, a nível

global, apresentados na tabela 9. Importa salientar que vários docentes assinalaram mais do que uma característica em simultâneo.

A partir a leitura da tabela 9, e numa análise global, verificamos que o Défice de Atenção é a característica mais significativa na deteção da PHDA (n=120; 41,6%), seguida da Hiperatividade (n=114; 39,6%) e por último a impulsividade (n= 54; 18,8%).

Tabela 9- Medidas de distribuição das respostas nos itens da questão 1

Itens	Número de respostas	%
Défice de Atenção	120	41,6
Hiperatividade	114	39,6
Impulsividade	54	18,8
Total	288	100

Ao nível da análise comparativa entre o 1º e 3º Ciclos, podemos constatar, através da análise da tabela 10, que existe uma diferença significativa, pois os professores do 1º ciclo apontam o Défice de Atenção com a característica mais significativa da deteção de PHDA. Enquanto os professores do 3º ciclo dão o mesmo número de respostas tanto para o Défice de Atenção como para a Hiperatividade. Ambos os ciclos consideram a Impulsividade como sendo a característica menos evidente.

Tabela 10- Comparação entre ciclos relativamente à questão 1

	1º Ciclo		3º Ciclo	
	Número de respostas	% de prof 1º ciclo	Número de respostas	% de prof 3º ciclo
Défice de Atenção	60	42,3	60	41,0
Hiperatividade	54	38,0	60	41,0
Impulsividade	28	19,7	26	18,0
Total	142	100	146	100

Questão 3: Prevalência da PHDA

Relativamente à questão 3, “Classifique quanto à prevalência: A PHDA “ obtivemos os resultados apresentados na tabela 11. Segundo os dados apurados relativamente à prevalência da PHDA, a maioria dos sujeitos da amostra 74,7% (n=112) considera que a PHDA é “mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, enquanto 25,3% (n=38) refere que é “igualmente comum nas raparigas e nos rapazes” e nenhum dos sujeitos da amostra referiu que a prevalência era “mais comum nas raparigas do que nos rapazes”.

Estes resultados demonstram alguma informação a este nível, pois sabemos através da literatura que a PHDA é mais comum nos rapazes.

Tabela 11- Prevalência da PHDA

Itens	N	%
Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	112	74,7
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	0	0,0
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	38	25,3
Total	150	100,0

Fazendo uma análise comparativa dos dois ciclos, é possível observar através da tabela 12, que ambos têm uma perceção idêntica. A maioria dos inquiridos considera que a PHDA é mais comum nos rapazes. Contudo existem 29,2% de docentes do 1º ciclo e 21,8% de docentes de 3º ciclo que consideram que a PHDA é igualmente comum nas raparigas e nos rapazes.

Tabela 12- Comparação entre Ciclos quanto à Prevalência da PHDA

	1º Ciclo		3º Ciclo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	51	70,8	61	78,2	112	74,67
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	21	29,2	17	21,8	38	25,33
Total	72	100	78	52	150	100

Questão 4: Causas da PHDA

Relativamente à questão 4: “ Na sua opinião o que pode causar a PHDA?”, achamos de extrema importância saber junto dos inquiridos o que pode causar a PHDA.

Pela análise da tabela 13 podemos perceber que os docentes referem sobretudo quatro grandes fatores como causas explicativas da PHDA: fatores genéticos (37,6%), fatores ambientais (18,8%), fatores biológicos (16,4%) e estilos parentais (13,9%). É ainda de salientar que 29 docentes apontam o excesso de TV e Play-Station (10,1%) como possível causa, bem como outros que apontam as alergias alimentares (1%) e falta de vitaminas (0,7%).

Tabela 13- Causas da PHDA

Itens	Número de respostas	%
Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	54	18,8
Excesso de TV e Play-Station	29	10,1
Falta de vitaminas	2	0,7
Alergias alimentares ou outras	3	1,0
Fatores genéticos	108	37,6

Estilos Parentais	40	13,9
Fatores Biológicos (pre maturidade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	47	16,4
Outros fatores podem causar a PHDA	4	1,4
Total	287	100

Equiparando as percepções dos docentes do 1º e 3º Ciclos relativamente às causas da PHDA, como podemos constatar na tabela 14, os dois Ciclos apontam os fatores genéticos como a principal causa da PHDA. Contudo, verificamos que existe uma grande discrepância relativamente ao item “estilos parentais”, pois os docentes do 3º Ciclo apontam-no em segundo lugar como a possível causa (19,3%), enquanto os docentes do 1º Ciclo dão ênfase aos fatores ambientais.

As causas que foram menos apontadas pelos docentes de ambos os grupos foram a falta de vitaminas e as alergias alimentares, tal como tínhamos constatado a nível geral.

Tabela 14- Comparação entre Ciclo relativamente às Causas da PHDA

Itens	1º ciclo (n' = 72)		3º ciclo (n'' =78)	
	Número de respostas	% de prof 1º ciclo	Número de respostas	% de prof 3º ciclo
Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	28	21,2	26	16,8
Excesso de TV e Play-Station	15	11,4	14	9
Falta de vitaminas	1	0,7	1	0,7
Alergias alimentares ou outras	1	0,7	2	1,3
Fatores genéticos	53	40,2	55	35,5
Estilos Parentais	10	7,6	30	19,3
Fatores Biológicos (pre maturidade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes peri-natais, etc.)	20	15,2	27	17,4

Outros fatores podem causar a PHDA	4	3%	0	0%
Total	132	100%	155	100%

Questão 5: “Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?”

Com esta questão pretendemos saber se os inquiridos consideram que a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo ou se se mantém ao longo da vida.

Apercebemo-nos pela análise da tabela 15 que 87 dos inquiridos (58,8%) considera que a PHDA não desaparece com o tempo e 61 (41,2 %) acha que desaparece com o passar do tempo. Isto comprova que a maioria dos docentes estão informados, pois sabes que os sintomas podem ser atenuados com o passar do tempo, contudo, nunca desaparecem na totalidade. É de salientar que 2 dos inquiridos não deram a sua opinião relativamente a esta questão.

Tabela 15- A PHDA desaparece com o tempo

Itens	N	%
Sim	61	41,2
Não	87	58,8
Total	148	100
Sem respostas	2	

Questão 6: “Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA?”

Com esta questão pretendemos saber quais os profissionais que os docentes consideram que devem realizar o diagnóstico da PHDA e obtivemos os resultados apresentados na tabela16. Interessa salientar que vários docentes assinalaram mais do que um profissional para a realização do diagnóstico.

Pela leitura da tabela 16, concluímos que 34,5% (n=106) dos inquiridos indicam que o “Médico” é o profissional com maiores competências para realizar o diagnóstico, sendo seguido pelo “Psicólogo” (33,6%) e pelo “Professor Ensino Especial” (17,3%).

Tabela 16- Profissionais que devem realizar o diagnóstico

Itens	Número de respostas	%
Professor	44	14,3
Psicólogo	103	33,6
Professor Ensino Especial	53	17,3
Médico	106	34,5
Outro	1	0,3
Total	307	100

Ao nível da análise comparativa entre Ciclos, podemos observar, através dos resultados obtidos na tabela 17, que existe uma diferença significativa entre os Ciclos, pois os docentes do 1º ciclo referem o Psicólogo como o principal profissional a realizar o diagnóstico, enquanto os docentes do 3º ciclo, apontam o Médico como o profissional mais indicado para realizar o diagnóstico desta perturbação. O profissional que foi menos apontado pelos professores de ambos os ciclos para a realização do diagnóstico foi o professor.

Tabela 17- Comparação entre Ciclos relativamente aos profissionais que devem realizar o diagnóstico

Itens	1º ciclo (n' = 72)		3º ciclo (n'' =78)	
	Número de respostas	% de prof 1º ciclo	Número de respostas	% de prof 3º ciclo
Professor	26	17%	18	11,7%
Psicólogo	50	32,7%	53	34,4%
Professor Ensino Especial	27	17,6%	26	16,9%
Médico	49	32%	57	37%
Outro – Quem?	1	0,7%	0	0%
Total	153	100%	154	100%

Questão 7: “ Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?”

Pretendemos saber, com esta questão, qual a opinião dos participantes no que diz respeito à existência de problemas associados.

No que concerne aos problemas associados à PHDA a maioria dos participantes (58,8%) considera que não existem “ outros problemas associados” à PHDA. Isto comprova que a maioria dos inquiridos está mal informado relativamente a este assunto.

Tabela 18- Problemas Associados

Itens	N	%
Sim	61	41,2
Não	87	58,8
Total	148	100
Sem respostas	2	

Todavia, ao fazermos uma análise comparativa entre os Ciclos, conferimos através da observação da tabela 19, que 38 professores do 3º Ciclo consideram existir outros problemas associados e 38 professores desse mesmo ciclo consideram não existir nenhum problema associado à PHDA enquanto a maioria dos professores do 1º Ciclo pensam não existir outros problemas associados.

Tabela 19- Comparação entre Ciclo relativamente à existência de problemas associados à PHDA

Itens	1º ciclo		3º ciclo	
	N	%	N	%
Sim	23	32	38	50
Não	49	68	38	50
Total	72	100	76	100

Impacto da PHDA em Contexto Escolar

Numa segunda fase do estudo expomos os dados recolhidos relativamente à avaliação do impacto da PHDA em contexto escolar.

Questão 8: “ Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.”

Com esta questão, pretendemos saber junto dos inquiridos, quais os problemas que pensam estar associados à PHDA e que podem provocar uma maior desadaptação no contexto escolar. Esta questão remete-se à questão 7.

Na análise dos dados da tabela 20, é importante referir que vários docentes assinalaram mais do que um problema associado à PHDA, em simultâneo.

No que diz respeito aos problemas associados à PHDA, podemos verificar na tabela 20 que obtivemos 22,2% de respostas no item “ Dificuldades de aprendizagem” como o problema que cria uma maior desadaptação no contexto escolar, seguida das “ Dificuldades na relação com os pares” (19,0%) e “ Não aceitar e respeitar regras” (14,5%).

Estes resultados evidenciam claramente que os docentes inquiridos consideram que todos os problemas expostos provocam desadaptação no contexto escolar.

Tabela 20- Problemas associados à PHDA que provocam maior Desadaptação

Itens	Número de respostas	%
Dificuldade na relação com os pares	88	19,0%
Pouca persistência e baixa motivação	65	14,0%
Comportamentos de agressividade e oposição	62	13,4%
Não aceitar e respeitar as regras	67	14,5%
Dificuldades de aprendizagem	103	22,2%
Baixa autoestima	38	8,2%
Comportamentos de risco	39	8,4%
Outros – (Quais?)	1	0,21%
Total	463	100%

Numa análise comparativa entre os dois ciclos, é possível verificar através da tabela 21, que existe uma diferença significativa no item “ Dificuldades na relação com os pares”, pois os docentes do 1º Ciclo pensam que será o problema que provoca maior desadaptação em contexto escolar, enquanto os docentes do 3º Ciclo dão primazia ao item “ Dificuldades de aprendizagem”. Verificamos que o item que os docentes do 1º Ciclo focaram em menor número foi “ Comportamentos de Risco” enquanto os docentes de 3º ciclo foi “Baixa auto-estima”.

Tabela 21- Comparação entre Ciclos relativamente aos Problemas associados à PHDA que provocam maior Desadaptação

Itens	1º Ciclo		3º Ciclo	
	Nº de respostas	%	Nº de respostas	%
Dificuldade na relação com os pares	50	21	38	17
Pouca persistência e baixa motivação	33	13,8	32	14,3
Comportamentos de agressividade e oposição	34	14,2	28	12,5
Não aceitar e respeitar as regras	30	12,5	37	16,5
Dificuldades de aprendizagem	49	20,5	54	24,1
Baixa auto-estima	23	9,6	15	6,7
Comportamentos de risco	20	8,4	19	8,5
Outros – (Quais?)	0	0,0	1	0,4
Total	239	100	224	100

Questão 2: “Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?”

Com esta questão pretendemos saber quais as características que os docentes consideram mais perturbadoras na vida escolar das crianças com PHDA.

Conforme se constata na análise da tabela 22, observamos que as características que os docentes apontam como as que mais perturbam a vida escolar das crianças são: “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades”, com 104 respostas assinaladas (13,8%), seguida com 13,0% “Distrai-se facilmente com estímulos

irrelevantes” e “ Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado” (n= 69; 9,2%).

As características que os docentes referem como sendo as que menos perturbam a vida escolar das crianças são: “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer” com 0,8% de respostas e “Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares” com 1,6% de respostas.

Os resultados revelam que os sintomas que integram a dimensão Défice de Atenção são os que os docentes consideram serem os mais perturbadores no contexto escolar.

Tabela 22- Características que consideram perturbar mais a vida escolar das crianças com PHDA

Itens	Nº de respostas	%
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	58	7,7
Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades	104	13,8
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	32	4,3
Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	48	6,4
Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	47	6,3
Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	27	3,6
Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	12	1,6
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	98	13,0
Esquece-se das atividades quotidianas.	7	0,9
Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	69	9,2
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	23	3,1
Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	15	2,0
Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	6	0,8
Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	49	6,5
Fala excessivamente.	33	4,4
Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	31	4,1
Tem dificuldade em esperar a sua vez.	41	5,4
Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	52	6,9
Total	752	100

Tendo em conta o ciclo que os docentes lecionam verificamos através da análise da tabela 23, que tanto os docentes do 1º Ciclo como do 3º Ciclo consideram que a característica que mais perturba a vida escolar das crianças com PHDA é “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades”. Observamos que na maioria dos itens não existe uma grande discrepância. Denota-se que há dois itens que revelam diferenças significativas entre os dois ciclos “Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares” e “Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado”. Apuramos ainda que existem vários itens que são pouco assinalados pelos docentes.

Relativamente ao item “Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares” foi assinalado apenas por 2 professores do 1º Ciclo e 10 professores do 3º Ciclo.

O item “ Esquece-se das atividades quotidianas” foi apenas apontada por 2 professores do 1º ciclo e por 5 professores do 3º ciclo.

“Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer” foi assinalado por 2 professores do 1º ciclo e por 4 professores do 3º ciclo.

Tabela 23- Comparação entre Ciclos relativamente às características que consideram perturbar mais a vida escolar das crianças com PHDA

Itens	1º ciclo		3º ciclo	
	Nº de respostas	%	Nº de respostas	%
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	30	8,3	28	7,2
Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades	49	13,5	55	14,1
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	14	3,9	18	4,6
Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	23	6,4	25	6,4
Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	20	5,5	27	6,9
Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	12	3,3	15	3,8
Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	2	0,6	10	2,6
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	48	13,3	50	12,8

Esquece-se das atividades quotidianas.	2	0,6	5	1,3
Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	38	10,5	31	7,9
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	10	2,8	13	3,3
Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	9	2,5	6	1,5
Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	2	0,6	4	1
Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	25	6,9	24	6,1
Fala excessivamente.	17	4,7	16	4,1
Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	14	3,9	17	4,3
Tem dificuldade em esperar a sua vez.	20	5,5	21	5,4
Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	26	7,2	26	6,7
Total	361	100	391	100

Atitudes dos docentes face à PHDA

Numa terceira fase do estudo divulgamos os resultados obtidos relativamente às atitudes e estratégias de intervenção em contexto escolar, que os docentes consideraram ser as mais eficazes e aquelas que mais utilizam nas suas práticas escolares, junto dos alunos sinalizados com esta problemática.

Questão 9: Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA?

Apresentamos os elementos estatísticos da distribuição dos resultados obtidos nos 7 itens desta questão, em que se pretende que os inquiridos classifiquem, numa escala de sete pontos e por ordem de prioridade crescente, as formas de intervenção que consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA.

Conforme se constata na tabela 24, a maioria dos inquiridos atribui maior pertinência à “colaboração Pais-Escola” (cotação 784) como sendo a forma de intervenção que trará mais benefícios a estas crianças.

Seguem-se as “ técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” (cotação 703); a “ introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula (cotação 668); “terapia familiar” (cotação 645) e “medicação” (cotação 597).

A maioria dos inquiridos entende que é menos pertinente (cotação 583) o “apoio escolar/ académico”.

Tabela 24- Forma de Intervenção que poderá trazer mais benefícios para as crianças com PHDA

Itens	Importância atribuída							Cotação
	1	2	3	4	5	6	7	
Colaboração Pais - Escola	42	34	26	27	12	6	0	784
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	23	33	34	20	20	17	0	703
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	23	28	23	28	22	23	0	668
Terapia familiar	21	21	25	23	40	17	1	645
Medicação	38	13	11	8	19	50	9	597
Apoio escolar/académico	2	20	28	41	33	23	0	583
Outros – (Quais?)	0	0	0	0	0	2	52	56

A tabela 25 remete-nos para uma comparação das perceções dos professores do 1º e 3º Ciclos no que concerne às formas de intervenção que os professores acham trazer mais benefícios para as crianças com PHDA. Nesta tabela podemos observar que os professores de ambos os ciclos consideram que a “Colaboração Pais- Escola” e “Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” são as formas de intervenção mais viável. Todavia existe alguma discrepância no que diz respeito à “medicação” e à “ Terapia familiar”, pois os professores do 3º Ciclo dão grande importância ao uso da medicação.

Tabela 25- Comparação entre ciclos relativamente à forma de Intervenção que poderá trazer mais benefícios para as crianças com PHDA

Itens	1º ciclo								3º ciclo							
	Importância atribuída							Total	Importância atribuída							Total
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7	
Medicação	11	9	7	3	9	26	6	263	27	4	4	5	10	24	3	334
Colaboração Pais – Escola	29	18	9	11	3	1	0	411	13	16	17	16	9	5	0	373
Terapia familiar	8	5	13	11	25	9	0	288	13	16	12	12	15	8	1	357
Apoio escolar/académico	2	11	12	22	15	9	0	291	0	9	16	19	18	14	0	292
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	10	15	18	11	11	6	0	339	13	18	16	9	9	11	0	364
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	12	13	12	13	8	13	0	324	11	15	11	15	14	10	0	344
Outros – (Quais?)	0	0	0	0	0	2	26	30	0	0	0	0	0	0	26	26

Questão10: "Na sua opinião o que podem fazer um (a) professor (a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula."

A questão 10 é composta por 9 itens, em que os inquiridos tiveram de classificar numa escala de 9, do mais importante para o menos importante, as atitudes que o professor deve tomar aquando da presença de uma criança com PHDA, em sala de aula.

Na análise da tabela 26, tendo em conta a panóplia das atitudes mais corretas a tomar que foram apresentadas aos inquiridos, a maioria considerou “ Encaminhamento para técnicos especializados” (cotação 1062) a atitude mais certa, seguida de “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias” (cotação 937).

Podemos verificar que a atitude que os inquiridos valorizam menos é “ encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola” (cotação 559).

Tabela 26- O que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Itens	Importância atribuída									Cotação
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Encaminhar para um técnico especializado	73	10	19	8	12	8	12	8	0	1062
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	13	40	23	27	12	15	17	3	0	937
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	26	17	26	23	26	15	11	6	0	925
Mantem um contacto mais frequente com a família	17	36	19	19	15	22	13	9	0	908
Adaptar materiais e processos de avaliação	7	11	23	26	22	17	11	33	0	745
Encaminhar para o apoio educativo	4	22	19	11	14	32	32	16	0	737
Adaptar o contexto físico da sala de aula	5	11	13	20	29	29	26	15	2	715
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	4	3	8	16	20	11	29	57	2	559
Outro – Qual?	0	0	0	0	1	1	0	2	49	62

Fazendo uma análise comparativa entre os ciclos, constata-se através da observação da tabela 27, que as opiniões dos docentes parecem ser bastante homogéneas, pois os inquiridos tendem a considerar as mesmas formas de intervenção que poderão trazer mais benefícios para as crianças com PHDA. Ambos os grupos dão preferência ao “Encaminhamento para um técnico especializado”. Contudo, verifica-se uma diferença significativa relativamente ao item “Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola”, sendo este o item que ambos os grupos valorizam menos.

Tabela 27- Comparação entre Ciclos relativamente ao que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Itens	1º ciclo										3º ciclo									
	Importância atribuída									Total	Importância atribuída									Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Encaminhar para um técnico especializado	36	6	14	3	1	2	5	5	0	526	37	4	5	5	11	6	7	3	0	536
Manter um contacto mais frequente com a família	9	23	10	9	5	13	2	1	0	474	8	13	9	10	10	9	11	8	0	434
Adaptar o contexto físico da sala de aula	1	2	9	9	14	20	9	7	1	334	4	9	4	11	15	9	17	8	1	381
Encaminhar para o apoio educativo	1	9	9	6	8	10	20	9	0	338	3	13	10	5	6	22	12	7	0	399
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	2	0	2	8	7	3	19	29	2	244	2	3	6	8	13	8	10	28	0	315
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	16	7	13	6	15	6	3	6	0	447	10	10	13	17	11	9	8	0	0	478
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	4	21	7	18	6	7	8	1	0	445	9	19	16	9	6	8	9	2	0	492
Adaptar materiais e processos de avaliação	3	4	7	13	16	10	7	12	0	351	4	7	16	13	6	7	4	21	0	394
Outro – Qual?	0	0	0	0	1	1	2	26	0	67	0	0	0	0	0	0	0	23	0	46

Questão 11: A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

A tabela 28 mostra os resultados relativamente às estratégias de intervenção em contexto escolar, que os docentes apontaram como sendo as que mais utilizam na sua prática escolar.

A leitura da tabela 28 leva-nos a constatar quais as estratégias mais utilizadas pelos docentes nas suas aulas, com crianças com PHDA. Numa análise global, verificamos que as estratégias preferenciais são: “Supervisão frequente do trabalho” 70,7%, “tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas” 68,0% e “organização da sala de aula” 63,1%.

Também podemos constatar que as estratégias que os docentes utilizam por vezes nas suas atividades são: com 58,8% “Sugerir à criança que relate o que está a fazer”, “reprimendas verbais” (50%) e “anotar o mau comportamento do aluno a considerar para a avaliação do mesmo ” (46,3%).

Por outro lado, as estratégias menos frequentes reportam-se essencialmente ao “Encaminhar o aluno para o conselho Executivo” 82,6%, “ameaçar o aluno” 76,9% e “colocar lembretes na carteira do aluno 75,2%.

Tabela 28- Estratégias de intervenção

Itens	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
1.Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	17 11,5%	50 33,8%	81 54,7%
2.Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	100 67,6%	45 30,4%	3 2,0%
3.Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	35 23,5%	67 45,0%	47 31,5%
4.Time-out (tempo de afastamento da classe).	101 68,2%	38 25,7%	9 6,1%
5.Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	10 6,7%	45 30,2%	94 63,1%
6.Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	4 2,7%	44 29,3%	102 68,0%
7.Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	13 8,8%	87 58,8%	48 32,4%
8.Supervisão frequente do trabalho.	2 1,3%	42 28,0%	106 70,7%
9.Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	6 4,0%	52 34,7%	92 61,3%
10.Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	26 17,3%	61 40,7%	63 42,0%
11.Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	108 72,5%	27 18,1%	14 9,4%

12.Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	34 22,8%	53 35,6%	62 41,6%
13.Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	85 57,0%	53 35,6%	11 7,4%
14.Reprimendas verbais.	55 36,7%	75 50,0%	20 13,3%
15.Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	74 49,3%	52 34,7%	24 16,0%
16.Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	123 82,6%	21 14,1%	5 3,4%
17.Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	94 64,4%	45 30,8%	7 4,8%
18.Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	112 75,2%	23 15,4%	14 9,4%
19.Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	13 8,7%	60 40,3%	76 51,0%
20.Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno	35 23,6%	48 32,4%	65 43,9%
21.Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	113 76,9%	33 22,4%	1 ,7%
22. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	51 34,2%	69 46,3%	29 19,5%

No seguimento da nossa análise, apresentamos a tabela 29 que nos remete para uma comparação das perceções dos professores do 1º e 3º ciclos face às estratégias de intervenção em contexto escolar que os professores usam, mais frequentemente, com as crianças com esta problemática.

Deste modo, é possível verificar que são várias as estratégias que os professores utilizam nas suas práticas.

Tomando os itens mais apontados a nível das estratégias de intervenção, os resultados revelam que os docentes do 1º ciclo privilegiam, em primeiro lugar as estratégias “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas” (72,22%), seguindo-se com 69,44% “Organização da sala de aula” e com 68,06% “Supervisão frequente do trabalho”. As estratégias de intervenção mais eleitas pelos docentes do 3º ciclo, são em primeiro lugar “Supervisão frequente do trabalho” (73,08%), seguida de “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas” (64,10%) e “Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz”. Assim, podemos concluir que ambos os ciclos têm uma tendência idêntica para a adoção de estratégias.

Todavia, verificamos que as estratégias menos utilizadas pelos docentes do 1º ciclo são: “Encaminhar o aluno para o conselho executivo”, “Ameaçar o aluno (Ex: “se não começares a portar-te bem saís da sala”); “Time-out (tempo de afastamento da classe), enquanto os docentes do 3º ciclo referem “Encaminhar o aluno para o conselho executivo” em primeiro lugar, seguido de “Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis) e “colocar lembretes na carteira do aluno”.

Tabela 29- Comparação entre ciclos relativamente às estratégias de intervenção

Itens	1º CICLO				3º CICLO		
	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente		Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	4 5,56%	25 26,88%	43 59,72%		13 17,11%	25 28,41%	38 50,00%
Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	40 55,56%	30 48,39%	2 2,78%		60 78,95%	15 48,39%	1 1,32%
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	19 26,39%	34 39,08%	19 26,39%		16 20,78%	33 35,11%	28 36,36%
Time-out (tempo de afastamento da classe).	54 75,00%	15 45,45%	3 4,17%		47 61,84%	23 44,23%	6 7,89%
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	3 4,17%	19 21,59%	50 69,44%		7 9,09%	26 27,08%	44 57,14%
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	1 1,39%	19 21,11%	52 72,22%		3 3,85%	25 25,00%	50 64,10%
Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	4 5,63%	43 39,09%	24 33,80%		9 11,69%	44 39,29%	24 31,17%
Supervisão frequente do trabalho.	0 0,00%	23 24,21%	49 68,06%		2 2,56%	19 20,00%	57 73,08%
Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	2 2,78%	26 27,08%	44 61,11%		4 5,13%	26 26,00%	48 61,54%
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	9 12,50%	31 32,98%	32 44,44%		17 21,79%	30 32,97%	31 39,74%
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso se ja necessário.	48 67,61%	17 42,50%	6 8,45%		60 76,92%	10 35,71%	8 10,26%
Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	11 15,49%	18 23,08%	42 59,15%		23 29,49%	35 38,89%	20 25,64%

Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	39 54,93%	29 47,54%	3 4,23%		46 58,97%	24 42,86%	8 10,26%
Reprimendas verbais.	28 38,89%	31 41,33%	13 18,06%		27 34,62%	44 46,32%	7 8,97%
Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	31 43,06%	29 41,43%	12 16,67%		43 55,13%	23 39,66%	12 15,38%
Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	58 81,69%	12 48,00%	1 1,41%		65 83,33%	9 40,91%	4 5,13%
Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	53 75,71%	15 46,88%	2 2,86%		41 53,95%	30 46,15%	5 6,58%
Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	53 74,65%	13 41,94%	5 7,04%		59 75,64%	10 34,48%	9 11,54%
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	3 4,23%	25 26,88%	43 60,56%		10 12,82%	35 33,98%	33 42,31%
Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno	26 37,14%	18 29,03%	26 37,14%		9 11,54%	30 30,30%	39 50,00%
Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	56 81,16%	12 48,00%	1 1,45%		57 73,08%	21 50,00%	0 0,00%
Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	27 38,03%	25 36,23%	19 26,76%		24 30,77%	44 44,90%	10 12,82%

6.3. Análises correlacionais

De modo a comprovar-se a existiam (ou não) diferenças significativas entre as variáveis, foram calculados os coeficientes de correlação para as variáveis em estudo. Tentamos procurar saber se as respostas em cada um dos itens do questionário específico variavam, tendo em conta as características pessoais (sexo, idade) e profissionais (habilitações académicas, tempo de serviço, nível de ensino, tipo de escola, situação profissional), levou-nos a analisar estatisticamente as relações e os cruzamentos possíveis entre estas variáveis. Para esta análise procedemos ao cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson. Ao utilizarmos esta correlação medimos a probabilidade das diferenças encontradas nos grupos da amostra serem devidas ao

acaso, partido do pressuposto que não existem diferenças significativas entre estes grupos na população de onde provêm (hipótese nula). Isto é, não se aceita esta hipótese, caso o valor p (probabilidade observada) for abaixo ($p < .05$, sig) e conclui-se que um grupo difere estatisticamente do outro (Moroco, 2007, p.86).

Na tentativa de conseguirmos uma síntese inteligível da análise dos dados, que de seguida apresentamos, procedemos à sua exposição e respetiva análise de imediato, sequencialmente.

Na tabela 30 apresentam-se os resultados dos coeficientes de correlação obtidos pelo cruzamento entre as características profissionais dos docentes e a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para as crianças com PHDA.

Face aos valores obtidos, e pela análise da tabela 30, permite verificar que os índices de correlação são pouco significativos, sendo que existe uma correlação entre o apoio escolar e o tipo de escola com $r=0,175$ e entre a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula com o tempo de serviço.

Não existe nenhuma associação entre as restantes formas de intervenção e as características profissionais dos docentes.

Tabela 30- Correlações entre as características profissionais e formas de intervenção que poderá trazer mais benefício para a criança com PHDA

	Formas de Intervenção	N	Coefficiente de Correlação de Pearson	p
Tempo de Serviço	Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	147	,176*	,033
Tipo de Escola	Apoio escolar/académico	147	,175*	,034

** . $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Continuando a apreciação do coeficiente de correlação entre as variáveis em estudo, pretendemos testar se existem (ou não) correlações entre as características pessoais e profissionais dos docentes e cada uma das afirmações propostas acerca do que fazer quando se tem uma criança com PHDA na sala de aula.

Na tabela 31 estão indicados os valores obtidos nos cálculos das correlações.

Uma análise aos valores da tabela permite verificar que a variável **encontrar ambientes mais adequados à criança fora da sala de aula** é a que apresenta valores mais indicadores de associação com as outras variáveis. Neste sentido, existe uma correlação apreciável ($r= 0,223$) entre o tipo de escola e encontrar um ambiente mais adequado à criança com PHDA. Igualmente apreciável, embora com valor um pouco menor, é o valor obtido pelos resultados obtidos entre o género e encontrar ambiente mais adequados à criança com PHDA, com $r= 0,217$. Constatamos que existe uma correlação menos significativa entre o nível académico dos docentes e encontrar um ambiente adequado à criança com PHDA.

Considerando agora a correlação entre tempo de serviço dos docentes e manter o contacto mais frequente com a família, verificamos que existe uma correlação pouco significativa.

A variável adaptar a forma como apresentamos os conteúdos na sala de aula correlaciona-se com a variável o tipo de escola.

Reportando-nos agora, à análise correlacional entre o número de crianças que os docentes tiveram com PHDA, verificamos que só se correlaciona com a variável adaptar o contexto físico da sala de aula.

Tabela 31- Correlações entre as características profissionais e pessoais dos docentes e o que fazer quando se tem uma criança com PHDA na sala de aula

		N	Correlação de Pearson	p
Género	Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	150	,217**	,008
Tempo de serviço	Manter um contacto mais frequente com a família	150	,170*	,037
Tipo de Escola	Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	150	,223**	,006
	Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	150	,223**	,006
Nível académico	Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	150	,163*	,046
Nº Crianças PHDA	Adaptar o contexto físico da sala de aula	66	,279*	,023

** . $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Face à tabela das correlações (tabela 32) pretendemos aferir se existem (ou não) diferenças significativas nas opiniões dos Professores relativamente a cada item proposto sobre as estratégias de intervenção a utilizar em contexto escolar para crianças com PHDA tendo em conta as características pessoais e profissionais.

Analisando o cruzamento das respostas em cada um dos 22 itens relacionados com os aspetos da PHDA, a estatística produzida, não permite concluir que existem variações com grande significância entre as proporções das respostas do grupo da amostra, pelo menos para um nível de confiança de 95%. isto é, na generalidade, as correlações são muito fracas ou nulas. Contudo iremos proceder à análise da tabela 32 tendo em conta os itens que tem algum valor estatístico.

Pela análise da tabela 32, verificamos que o género apresenta correlações bastante significativas com a “Organização da sala de aula” e o “Regulamento Disciplinar da Escola”.

Relativamente ao tempo de serviço dos docentes permite-nos referir que existe correlações significativas com as “Recompensas Materiais”, “Organização da sala de aula e Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”.

Analisando agora a variável tipo de escola apuramos que se correlaciona com os itens a “organização da sala de aula” e “Time-out”. A variável nível académico correlaciona-se de uma forma pouco significativa com o item “Sugerir à criança que relate o que está a fazer”.

A variável situação profissional correlaciona-se de uma forma moderada com o item “Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados” que é de $r=0,175$.

Quando observamos a variável nível de ensino que leciona constatamos que é a variável que se correlaciona com mais itens.

Continuando a apreciação dos valores de coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo, verificamos que existe uma correlação entre a variável grau de informação sobre a PHDA e os itens “Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...)” e “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”.

Para terminar a apreciação da tabela 32, resta-nos fazer uma análise entre o número de alunos que os docentes tiveram com PHDA e as estratégias de intervenção. Assim, apuramos que essa variável só se correlaciona com um item “Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento”.

Tabela 32 -Correlações entre as características profissionais e pessoais dos docentes e as estratégias de intervenção

	Estratégias de intervenção em contexto Escolar	N	Correlação de Pearson	P
Género	Organização da sala de aula	149	,261**	,001
	Regulamento Disciplinar da Escola	146	,216**	,009
Tempo de serviço	Recompensas Materiais	148	,177*	,031
	Organização da sala de aula	149	,241**	,003
	Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	150	,214**	,009
Idade	Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	149	,188*	,022
Tipo de Escola	Time-out (tempo de afastamento da classe).	148	,165*	,045
	Organização da sala de aula	149	,176*	,032
Nível Académico	Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	148	,184*	,025
Situação Profissional	Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	150	,175*	,032
Nível de ensino que leciona	Recompensas Materiais	148	,241**	,003
	Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	149	,304**	,000
	Regulamento Disciplinar da Escola	146	,219**	,008
	Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	149	,207*	,011
	Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno	148	,241**	,003
Grau de informação anterior sobre a PHDA	Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	148	,221**	,001
	Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	150	,255**	,000
Nº Cr PHDA	Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	65	,263*	,003

** . p<0,01; * p< 0,05

6.4. Discussão dos resultados

Neste ponto, tendo em conta o quadro conceitual em que nos apoiamos, pretendemos discutir alguns resultados obtidos e relacioná-los. Assim, tendo em conta o objetivo principal do nosso estudo fomos formulando mentalmente alguns dados com o intuito de alcançar uma resposta viável, isto é, verificar na nossa amostra quais os conhecimentos, percepções e estratégias dos docentes relativamente a crianças com PHDA e fazer uma comparação entre os ciclos.

Tendo em consideração que a formação e informação acerca da PHDA é essencial para proporcionarmos respostas adequadas às necessidades das crianças no contexto escolar, importa perceber até que ponto os docentes estão familiarizados com esta problemática.

Pela análise dos resultados do nosso estudo, apercebemo-nos que a maioria dos docentes estão relativamente mal informados sobre a PHDA (cerca de 13, 3% afirmam não ter nenhum conhecimento e 49, 3% acham-se pouco informados). A nível de formação, infelizmente, constatamos que 36, 9% da nossa amostra não tem nenhum tipo de formação sobre esta problemática e 21,5% refere ter adquirido algum conhecimento através de leituras e conferências.

A PHDA, de facto, é a perturbação mais estudada, prevalente e com validade clínica, que afeta a vida de inúmeras crianças a nível académico, familiar e na relação com os seus pares (Barkley, 2002).

Em conformidade com outras investigações na área (Bekle, 2004; Catarino, 2010; Fernández, Mínguez & Casas, 2007; Ghanizadeh e colaboradores (2006); Lourenço, 2009) averiguamos no nosso estudo que os docentes revelam um baixo nível de conhecimento acerca da PHDA.

No estudo desenvolvido por Fernández e os seus colaboradores (2007), com a aplicação do KADDS, os resultados obtidos revelaram que os docentes têm mais conhecimento na área da sintomatologia e diagnóstico do que na forma de tratamento, tal como nós verificamos no nosso estudo. Também nos estudos realizados em Portugal por Loureço (2009) e por Catarino (2010) foi possível constatar que os docentes estão mais bem informados a nível dos sintomas/diagnóstico do que a nível de tratamento.

No que concerne às características que levam o professor a suspeitar de uma situação de PHDA e de acordo com os objetivos apresentados a característica mais

apontada pelos inquiridos do nosso estudo foi o “ Défice de Atenção”, tal como no estudo realizado por Lourenço (2009). Contudo, no estudo realizado por Catarino (2010) os docentes apontam a hiperatividade como a principal característica. Existem conformidades, entre o nosso estudo, e os dois estudos referidos anteriormente pois a característica menos assinalada pelos participantes foi a impulsividade.

Examinando os resultados do nosso estudo relativamente à prevalência da PHDA, os inquiridos são unânimes em considerar que “ a PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas” o que vai de encontro aos resultados obtidos por Lourenço (2009). Analisando estes resultados à luz da literatura, o nosso estudo espelha aquilo que vem sendo dito e confirmado, que a PHDA é mais comum nos rapazes.

Ao questionarmos os professores relativamente às possíveis causas da PHDA, constatamos que a maioria dos professores considera que os “fatores genéticos” é a principal causa, seguida de “fatores ambientais” e depois de “fatores biológicos”. Confrontando estes resultados com os estudos realizados por Ghanizadeh e colaboradores (2006), Ribeiro (2008) e Lourenço (2009), verificamos que os participantes nestes estudos apontam, tal como os do nosso, a principal causa da PHDA os fatores genéticos. Todavia, no estudo realizado por Júlio (2009), os inquiridos apontam como possível causa os “fatores neurológicos” seguidos de fatores associados ao funcionamento familiar, só depois a “fatores genéticos”.

Inúmeras investigações se têm realizado neste campo, muitos investigadores consideram que a PHDA é multifatorial, isto é, existem múltiplos fatores que podem causar a PHDA e não um único fator (Barkley,2002; García, 2001).

Relativamente a evolução da PHDA, averiguamos que a maioria dos inquiridos considera que a PHDA não desaparece com o tempo. Os resultados obtidos na nossa investigação estão em consonância com uma investigação realizada recentemente pela World Mental Health Survey Initiative, pois esta investigação estima que a prevalência da PHDA em idade adulta é de 3,4%.

Um outro item que pretendemos analisar no nosso estudo, foi relativamente a quem deve fazer o diagnóstico, observando-se que de uma maneira geral os docentes referem que deve ser o “Médico” a realizar o diagnóstico.

Os resultados do estudo de Lourenço (2009),diferem do nosso, visto que os inquiridos consideram que deve ser o Psicólogo o principal profissional a realizar o diagnóstico.

De facto, o diagnóstico nem sempre é fácil. Por isso, deve ser feito por um profissional especializado e este deve recorrer a uma equipa multidisciplinar. Deve fazer-se uma avaliação que abarque um historial clínico, exames médicos, uma avaliação comportamental, académica e cognitiva.

Atendendo ao ciclo de ensino que os docentes lecionam, não encontramos no nosso estudo diferenças estatísticas significativas entre as características que levam a suspeitar de uma situação de PHDA, possíveis causas e sua prevalência. Todavia relativamente à realização do diagnóstico os docentes do 1º ciclo referem o Psicólogo como o principal profissional, enquanto os docentes do 3º ciclo, apontam o Médico.

Quando questionamos os docentes sobre se a PHDA está associada a outros problemas, os resultados do nosso estudo revelam que os docentes consideram que a PHDA não está associada a outros problemas. Mais uma vez, o nosso estudo, difere do estudo realizado por Lourenço (2009), pois no seu estudo os professores consideram que esta problemática estava sempre associada a outros problemas.

Segundo a revisão da literatura a maioria das crianças com PHDA apresentam outros problemas associados. Estes problemas podem comprometer muito a qualidade de vida destas crianças, pois comumente apresentam uma baixa autoestima, um baixo rendimento escolar e muitas dificuldades no relacionamento com os seus pares.

Um outro objetivo do nosso estudo foi conhecer as perceções dos professores sobre o impacto da PHDA em contexto escolar. Verificámos então que os problemas que podem provocar uma maior desadaptação das crianças em contexto escolar são as “Dificuldades de Aprendizagem” e “Dificuldades na relação com os seus pares”.

Comparando o nosso estudo com o estudo de Lourenço (2009) observamos que existem semelhanças, visto que os principais problemas associados à PHDA, referidos neste estudo são os mesmos que foram referidos pelos inquiridos no nosso. Contudo, no estudo realizado por Ribeiro (2008), existem diferenças, pois neste estudo os participantes consideram que as causas que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar são “comportamento, agressividade e oposição” e a “não aceitação de regras”. Também no estudo realizado por Filipe (2011) existem diferenças significativas em relação ao nosso estudo, pois os professores consideram que os fatores que podem causar maior desadaptação são: “pouca persistência e baixa motivação”, “não aceitar e respeitar regras”, “ter comportamentos agressivos e de oposição”, seguindo-se “as dificuldades de aprendizagem”.

Segundo Barkley (2008) os problemas que sobressaem em contexto escolar são os problemas a nível académico e no domínio cognitivo.

Vários estudos têm revelado que estas crianças são mais propensas a terem dificuldades de aprendizagem, devido a um défice nos processos que envolvem a compreensão ou a utilização da linguagem falada ou escrita (Parker, 2003).

À luz da literatura estima-se que 50% das crianças com esta problemática ostentam problemas de relacionamento e integração social, isto é, estas crianças têm muitas dificuldades em se relacionarem com os seus pares devido à sua impulsividade, desatenção e agressividade (Lopes, 2004).

Relativamente às características que podem perturbar a vida escolar das crianças com PHDA, os inquiridos apontam os itens “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades”, “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” e “Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado” como sendo as características que afetam mais a vida escolar destas crianças. Neste sentido verificamos que os professores consideram que os sintomas que integram a dimensão Déficit de Atenção são os mais perturbadores no contexto escolar. Confrontando estes resultados com o estudo realizado por Lourenço (2009) constatamos que vão ao encontro dos nossos resultados, pois os docentes também referem a falta de atenção e a distração constante como sendo as características que mais afetam a vida escolar destas crianças.

Para Parker (2003) são nas atividades na sala de aula que requerem que as crianças tenham mais concentração e quietude, que surgem os maiores problemas. Estas crianças aborrecem-se facilmente com tarefas monótonas e repetitivas o que leva a que se distraiam com relativa facilidade.

Por fim, pretendemos também no nosso estudo analisar as atitudes e estratégias de intervenção que os professores adotam junto destas crianças.

No que concerne às formas de intervenção que os professores consideram ser mais benéficas para as crianças com PHDA, verificamos que os inquiridos consideram que a “Colaboração Pais-Escola” é a forma de intervenção que trará mais benefícios a estas crianças seguida das “técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico”. Isto deve-se ao facto dos professores considerarem que é fundamental haver uma boa colaboração entre a escola e a família pois, só assim irão encontrar a melhor solução para os problemas apresentados por estas crianças.

Averiguamos no nosso estudo que os docentes dão extrema importância ao “encaminhamento destas crianças para técnicos especializados” e “ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias”.

No estudo realizado por Filipe (2011), os inquiridos consideram que a intervenção que trará mais benefícios para as crianças com PHDA é a intervenção Multimodal.

Todos nós devemos ter presente que a intervenção não pode ser um método isolado, devido aos sintomas abrangentes da PHDA. Deste modo, é necessária uma forma de intervenção combinada (Rodrigues,2008).

Ao interrogarmos os professores sobre as estratégias de intervenção que mais utilizam com as crianças com PHDA, de uma forma global, constata-se que as estratégias preferenciais, utilizadas na sala de aula, consistem na “Supervisão frequente do trabalho”, “tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas” e “organização da sala de aula”. Os resultados encontrados por Catarino (2010), também vão neste sentido, visto que os docentes também privilegiam a utilização de práticas educativas diferenciadas, na organização da sala de aula e estratégias cognitivo-comportamentais.

Também o estudo de Lourenço (2009) vai de encontro aos resultados do nosso estudo, relativamente às estratégias de intervenção em contexto escolar mais assinaladas pelos docentes que foram: a supervisão do trabalho, o dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz e as recompensas sociais.

No estudo de Monteiro (2011) também vai de encontro aos resultados alcançados no nosso estudo, a maioria dos inquiridos considera que as estratégias de intervenção devem ser diversificadas. As estratégias que os professores consideram ser as mais adequadas à sala de aula são: manter o aluno afastado de focos de distração; enfatizar a qualidade e não a quantidade; sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor. Relativamente às estratégias de intervenção educativa, os docentes elegem as seguintes estratégias: identificar os pontos fortes do aluno hiperativo; manter contacto regular com os pais do aluno hiperativo; e a atitude dos professores.

Neste sentido é fundamental que o professor implemente na sua sala de aula inúmeras estratégias que vão ao encontro das dificuldades destas crianças pois, só assim se irá conseguir sucesso educativo.

Finalmente, neste estudo também pretendemos fazer uma comparação sobre as perceções dos docentes do 1º e 3º ciclo relativamente às crianças com PHDA. Numa

análise global, não existe muita discrepância nos conhecimentos, atitudes, percepções dos professores de ambos os ciclos. Todavia, existe uma diferença significativa no que diz respeito ao profissional que deve realizar o diagnóstico, pois os docentes do 1º ciclo consideram o Psicólogo o principal profissional enquanto os docentes do 3º ciclo acha ser o médico.

6.5. Considerações Finais

Ao finalizarmos esta dissertação, importa refletir e analisar até que ponto os objetivos por nós levantados e operacionalizados a partir de determinados pressupostos teóricos, encontram resposta e indicam alguma orientação para a metodização de conhecimentos e procedimentos na área que nos move, mais concretamente na percepção, atitudes, impacto e práticas em contexto escolar dos docentes relativamente à PHDA.

A PHDA, é uma perturbação neuro comportamental, mais comum na infância, caracterizada por um protótipo persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade. Nos dias de hoje é cada vez mais valorizada e diagnosticada, sendo que esta perturbação pode comprometer de um modo marcante a vida da criança numa fase escolar e dos familiares que as cercam. Esta perturbação acarreta inúmeras implicações nas diferentes áreas de vida destas crianças, pois é muito frequente apresentarem problemas comportamentais, problemas no relacionamento interpessoal, desadaptação em contexto social e escolar, dificuldades de aprendizagem, dificuldades em cumprir regras, entre outras.

Neste sentido é fundamental que as crianças com PHDA sejam sinalizadas e diagnosticadas o mais atempadamente possível, de modo a se poder garantir um desenvolvimento equilibrado e uma intervenção adequada.

Vários estudos têm revelado que as percepções que os professores têm acerca destas crianças podem influenciar de um modo direto o sucesso/insucesso escolar das mesmas. Para Barkley (2008) o fator essencial para o sucesso escolar das crianças com PHDA são as atitudes do professor, pois a forma como este se relaciona e compreende estas crianças são fundamentais. É evidente que existe uma ligação entre o conhecimento que o professor possui sobre a PHDA e a atitude que exterioriza face as crianças com esta problemática. Todos nós sabemos que quando maior for o conhecimento que o

professor tiver acerca desta problemática melhor serão as suas abordagens pedagógicas e a forma com atua com estas crianças. Neste sentido, o professor deve ser promotor de competências académicas e sociais nos seus alunos de forma a prevenir e resolver problemas nas áreas essenciais.

Tendo em conta o que nos moveu no nosso estudo e analisando os resultados poderemos inferir que os objetivos da nossa dissertação foram alcançados, sobretudo porque os principais dados encontrados vão ao encontro da literatura. De facto, tal como presumíamos relativamente ao grau de informação sobre a PHDA a maioria dos professores revelam pouco conhecimento acerca desta problemática. Outro aspeto observado foi a ausência de formação específica nesta área, contudo alguns inquiridos demonstram ter adquirido alguma formação através de conferências e leituras.

No que concerne ao nível da intervenção em contexto escolar junto destas crianças, os docentes privilegiam a supervisão frequente do trabalho, tarefas curtas e bem definidas e organização da sala de aula.

Mas para que haja uma intervenção adequada junto das crianças com PHDA, é necessário diálogo, troca de experiências e conhecimentos de todos os participantes no processo educativo.

Parece-nos evidente que toda a comunidade educativa, isto é, pais, professores, assistentes operacionais carecem de ações de formação específicas para que possam atender adequadamente as crianças com PHDA. Só assim, haverá uma maior probabilidade de estas crianças conseguirem ultrapassar as suas limitações e alcançarem o sucesso educativo. Contudo, o professor necessita refletir sobre as suas práticas pedagógicas, tomar consciência das suas limitações e procurar o conhecimento necessário para desempenhar a sua função da melhor forma.

Também seria fundamental promover “encontros” de professores de várias regiões do país, a fim de haver uma troca de ideias, de experiências, sempre numa perspetiva de aumentar o saber.

Apesar do contributo alcançado, temos consciência que este estudo apresenta algumas limitações, inerentes à amostra que escolhemos. Esperemos que com esta dissertação se abram novas janelas para outras investigações nesta área. Que esta investigação seja um contributo e motivação para novos conhecimentos com bases metodológicos diferentes, no intuito de encontrar novas estratégias e formas de trabalhar com estas crianças, pois este é um campo muito vasto e que precisa ainda de ser estudado.

Bibliografia

Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação: Um guia prático e crítico*. Lisboa: Edições Asa.

Alfano, A., Coutinho, G., & Vianna, R. (2008). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: quadro clínico, neuropsicologia e tratamento psicoterápico. In A. Sennyey, F. Capovilla, & J. Montiel, *Transtornos de aprendizagem da avaliação à reabilitação* (pp. 95-113). São Paulo: Artes Médicas.

Almeida, & Freire. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilibrios.

APA. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bairrão, J. (1998). *Os alunos com Necessidades Educativas Especiais. Subsídio para o Sistema de Educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

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

Baptista, M. (2010). *Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º Ciclo*. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento. 3ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

- BeKle, B. (2004). Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparasion between practicing teachers and undergraduate education student. *Journal of Attention Disorders* , 7 (3) , 151-161.
- Benczik, E. (2000). *Transtorno de Déficit Atenção/Hiperatividade - Atualização Diagnóstica e Terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Bréjard, V., & Bonnet, A. (2008). *A hiperactividade na criança*. Lisboa: Climepsi editores.
- Boavida, J., & Amado, J. (2006). *Ciências da educação- epistemologia, identidade e perspectivas* . Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Calado, E. (2007). Hiperactividade e défice de atenção: Comorbilidades e tratamento não estimulante. *Postgraduate Medicine- Edição Portuguesa* , 21-24.
- Carvalho, O., & Luís, P. (2000). *A Escola Inclusiva. Da utopia à realidade*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Catarino, M. (2010). Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade da Beira Interior com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Covilhã
- César, M. (2003). A Escola Inclusiva enquanto espaço-tempo de diálogo de Todos e para Todos. In D. Rodrigues, *Perspectivas sobre a inclusão: da educação à sociedade* (pp. 120-146). Porto: Porto Editora.
- Chaves, E. (1999). *Hiperactividade e Dificuldades de Aprendizagem : Análise e técnica de recuperação*. Vila Real: Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro .
- Correia, L. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2006). Dez anos de Salamanca, Portugal e os alunos com necessidades educativas especiais. In D. Rodrigues, *Inclusão e Educação: Doze olhares sobre a educação inclusiva* (pp. 240-272). São Paulo: Summus Editorial.
- Correia, L. (2010). *Educação Especial e Inclusão. (2ª ed)*. Porto: Porto Editora.

- Demo, P. (1995). *Metodologia Científica em Ciências Sociais (3ª Ed.)*. São Paulo: Atlas.
- Dias, M. (2009). *O Vocabulário do Desenho de Investigação: A lógica do processo em ciências sociais*. Viseu: Psicosoma.
- Dias, M. (2010). *Planos de Investigação: Avançando Passo a Passo*. Santa Maria da Feira: Rainho& Neves, Lda.
- DuPaul, G., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas- Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Falardeau, G. (1997). *As crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Feifel, D., & MacDonald, K. (2007). Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em adultos - Reconhecer e diagnosticar esta situação frequentemente ignorada. *Postgraduate Medicine - Edição Portuguesa* , 7-18.
- Fernandes, H. (2002). *Educação Especial. Integração das crianças e adaptações das estruturas de educação. Estudo de caso*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Ferreira, M. (2007). *Educação Regular, Educação Especial. Uma história de separação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Filipe, M.D (2011). *Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Fonseca, A., Simões, M., & Rebelo, J. (1998). A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório. *Psychologica* , 19 , 209-221.
- Freixo, M. (2010). *Metodologia Científica Fundamentos Métodos e Técnicas. 2ª Edição*. Lisboa: Instituto Piaget.
- García, I. (2001). *Hiperactividade- Prevenção, avaliação e tratamento na infância* . Lisboa: McGraw- Hill.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M., & Moeini, S. (2006). Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. *Patient Education Counseling* , 1-5.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito - Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editores.

Havey, J. (2007). A comparison of Dutch and US teachers' perceptions of the incidence and management of ADHD. *School Psychology International*, 28, (1), 46-52.

J., N., & Fang, P. (2005). Perceptions of ADHD in China and United States: A Preliminary Study. *Journal of Attention Disorders*, 9, (2), , 1-12.

Norvilitis J., & Fang P. (2000). *Escola Inclusiva e apoios educativos*. Porto: Edições ASA.

Jiménez, R. (1997). Uma escola para todos:A integração escolar. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 37-48). Lisboa: Dinalivro.

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

Kauffman, J., & João, L. (2007). *Pode a Educação Especial deixar de ser especial?* Braga: Psiquilibrios Edições.

Lima, M., & Vieira, c. (1997). *Metodologia de Investigação Científica*, (5^a ed.). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. (caderno de textos não publicado).

Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Lopes, J. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho.

Lopes, M. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

Lourenço, M. I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo do*

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

Madureira, N., Lopes, A., Paúl, A., & Boavida, J. (setembro de 2007). A perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Saúde Infantil* , pp. 7-15.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2005). *Fundamentos de metodologia científica*,(6ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Monteiro, A. (2011). *Hiperactividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de Intervenção por Docentes do 1º CEB*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Escola Superior de Educação Almeida Garrett com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

Moroco, J. (2007). *Análise estatística, com utilização do SPSS* (2ªed.). Lisboa: Edições Sílabo

Moura, O. (Jul-Set de 2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Déficit de Atenção. *Revista Diversidades: à velocidade da luz*, 21 (6) , pp. 4-9.

Neto, M. R. (2010). *TDAH. Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade ao longo da vida* . Porto Alegre: Artmed.

Neto, M. R. (2010). *TDAH. Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.

Nogueira, A., & Lopes, J. (1998). Distúrbio Hiperactivo de Déficit de Atenção: Natureza e Intervenção. In J. Lopes, *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação* (pp. 11-31). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Ohan, J., Cormier, N., Hepp, S., Visser, T., & Strain, M. (2008). Does Knowledge About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Impact Teachers' Reported Behaviors and Perceptions? *School Psychology Quarterly* , 23 nº 3 , 436-449.

Pacheco, J. (1995). *Formação de Professores- teoria e praxis*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia- Universidade do Minho.

Parker, H. (2003). *Desordem por Déficit de Atenção e Hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto : Porto Editora.

- Phelan, T. (2005). *TDA/THDA- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Polaino-Lorento, A., & Encío, C. (2002). *Cómo vivir con niño hiperactivo: Comportamiento, Diagnóstico, Tratamiento, Ayuda Familiar Y Escolar*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramirez, R. D., & Shapiro, E. S. (2005). Effects of student ethnicity on judgments of ADHD symptoms among hispanic and white teachers. *School Psychology Quarterly*, 20, (3) , 268-287.
- Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperatividade nas escolas. *Psychologica* 19 , 165-198.
- Ribeiro, M. d. (2008). *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar - Estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.
- Rodrigues, A. (Jul-Set de 2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Revista Diversidade: Á velocidade da luz*, 21 (6) , pp. 9-18.
- Rodrigues, D. (2003). *Perspectivas sobre a inclusão: Da Educação à sociedade*. Porto: Porto Editora.
- Sanches, I. (1995). A formação dos professores de educação especial em Portugal. In I. Sanches, *Professores da Educação Especial: da formação às práticas educativas* (pp. 47-72). Porto: Porto Editora.
- Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação* , 63-83.
- Sanz, M., & Madrid, G. (2002). *Psiquiatria para padres y educadores ciencia y arte*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. (2000). Teacher's knowledge and misperceptions os Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. *Psychology in the Schools* , 32(2) , 115-122.

Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editora.

Serra, H. (2008). *Estudos em Necessidades Educativas Especiais Domínio Cognitivo*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.

Shelton, T., & Barkley, R. A. (1995). Assessment and treatment of ADHD in children. In M. C. Roberts, *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford.

Silva, M. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona da Educação* , 135-153.

Sosin, D., & Myra, S. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

Sprinthall, N., & Sprinthall, R. (1993). Medidas e Diferenças Individuais. In N. Aprinthall, & R. Aprinthall, *Psicologia Educacional* (pp. 393-417). Lisboa: Mcgraw Hill.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação: Como Conceber e Realizar o Processo de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Tradução de Rodrigues - Lopes, 2000).

Unesco. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção. Necessidades Educativas Especiais*. Espanha: Salamanca.

Vásquez, I. (1997). Hiperactividade: Avaliação e Tratamento. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 159-184). Lisboa: Dinalivro.

Veiga, L., Dias, H., Lopes, A., & Natália, S. (2000). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Ideias sobre conceitos de ciência*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

Wilkinson, L., & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the classroom: Symptoms and treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove, & M. Gill, *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 395-413). West Sussex: John Wiley & Sons.

WebGrafia

Andrade, A., & Júnior, A. (jan-mar de 2007). *Questões atuais acerca do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Obtido em 12 de fevereiro de 2012, de *Psicol. Argum* vol.25 (48): <http://132.248.9.1:8991/hevila/Psicologiaargumento/2007/vol25/no48/7.pdf>

Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (30 de janeiro de 2005). *Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Obtido em 12 de janeiro de 2012, de *Revista de Neurología*: <http://www.biopsico.com.br/site/images/downloads/TDAH/TDAH%20-%20prevalencia.pdf>

Christakis, D., Zimmerman, F., DiGiuseppe, D., & McCarty, C. (4 de abril de 2004). *Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children*. Obtido em 23 de janeiro de 2011, de *PEDIATRICS* Vol. 113: <http://www.wvdhhr.org/echp/tv.pdf>

Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). *A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção*. Obtido em 15 de outubro de 2011, de *Revista Portuguesa Clínica Geral*: <http://d.yimg.com/kq/groups/19342897/350602806/name/phda.pdf>

Costa, C., Santos, T., & Ramalho, J. (4 a 6 de fevereiro de 2010). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Revisão Teórica e Áreas de Intervenção*. Obtido em 20 de novembro de 2011, de *Universidade Fernando Pessoa*: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiCli_13.pdf

Fernández, S., Mínguez, R., & Casas, A. (2007). *Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Obtido em 12 de abril de 2011, de *Psicothema*: <http://www.psicothema.com/pdf/3401.pdf>

Kos, J., Richdale, A., & Hay, D. (June de 2006). *Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature*. Obtido em 13 de março de 2012, de *International Journal of Disability, Development and Education*: <http://zlpowmanictportfolio.wikispaces.com/file/view/children+with+adhd+and+their+teachers.pdf>

Rohde, L., & Halpern, R. (2004). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização*. Obtido em 23 de novembro de 2011, de *Jornal de Pediatria*, vol. 80, n.2 (supl): <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>

Legislação Consultada

Decreto-Lei nº 538/79, de 31 de Dezembro

Lei nº46/86 de 14 de Outubro (LBSE)

Decreto-Lei n.º 286/89, de 29 de Agosto

Decreto-Lei 35/90, de 25 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 190/91, de 17 de Maio

Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto

Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de Julho

Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de Maio

Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro

Anexos

Anexo I- Instrumento de recolha

QUESTIONÁRIO SOBRE PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)¹

O presente questionário destina-se aos **Professores do 1º e 3º Ciclo do Ensino Básico** e insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências da Educação- Especialização em Educação Especial domínio cognitivo e motor da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras- Pólo de Viseu e tem como objetivo perceber quais as percepções que os professores têm acerca dos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA.

Pedimos a sua colaboração, lembrando-lhe que as suas respostas serão totalmente confidenciais e acrescentando que a sua opinião é de extrema importância.

Obrigado pelo tempo e atenção dispensados.

Formação:		Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Anos de Lecionação: _____		Idade: _____	
Tipo de escola: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que leciona:	
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- Pouco; 2 -Suficiente; 3- Bom)		0 1 2 3	
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum 1 - no curso; 2- conferências, leituras, etc. 3 – Cursos breves, acções pontuais; 4 – Pós-graduada, especializada)		0 1 2 3 4	
Tem, ou teve, crianças com diagnóstico de PHDA, na sua sala: Sim ____ Não ____ Nº crianças ____			

¹ Questionário sobre PHDA foi elaborado por Lourenço, M (2009) no âmbito da realização da Tese de Mestrado "Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo do Ensino Básico", na Universidade Técnica de Lisboa- Faculdade de Motricidade Humana.

1-Das seguintes características, qual/quais é/são a (s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz (X)].

Défice de Atenção	
Hiperactividade	
Impulsividade	

2- Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção? (assinale 5)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9. Esquece-se das actividades quotidianas.	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	
15. Fala excessivamente.	
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez.	
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	

3– Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: [Assinale com uma cruz (X), uma única opção]

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

4 – Na sua opinião o que pode causar a PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Estilos Parentais	
Factores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	
Outros – Quais?	

5 – Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

7- Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

8– Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	
Outros – (Quais?)	

9-Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 7 - menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais - Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros – (Quais?)	

10 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 9 - menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Outro – Qual?	

11 – A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

0- Pouco frequente 1- Frequente 2- Muito frequente

1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	0 1 2
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	0 1 2
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	0 1 2
4. Time-out (tempo de afastamento da classe).	0 1 2
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	0 1 2
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	0 1 2
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	0 1 2
8. Supervisão frequente do trabalho.	0 1 2
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	0 1 2
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	0 1 2
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	0 1 2

12. Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	0 1 2
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	0 1 2
14. Reprimendas verbais.	0 1 2
15. Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	0 1 2
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	0 1 2
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	0 1 2
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	0 1 2
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	0 1 2
20. Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno	0 1 2
21. Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	0 1 2
22. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	0 1 2

Bem-haja pela sua colaboração.

Anexo II- Autorização da Autora Maria Isabel Lourenço para a utilização do questionário

Boa noite colegas informo que autorizo a utilização do questionário pelas colegas que utilizei na minha tese de Mestrado "Questionário sobre perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar"

Bom trabalho

Isabel Lourenço

No dia 19 de Outubro de 2011 11:30, Sofia Simão <sofia-simoesimao@hotmail.com> escreveu:

Bom dia Dr.ª Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

O nosso nome é Sofia Alexandra Simões Simão e Liliana Ferreira Soares, somos alunas da Universidade Católica Portuguesa – Pólo de Viseu, do Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial domínio cognitivo e motor.

Terminámos a parte curricular no ano transato e durante este ano temos que realizar a dissertação que nos dará acesso à conclusão do Mestrado.

Assim, depois de inúmeras pesquisas tivemos acesso à sua tese de Mestrado a qual nos despertou grande interesse e por sugestão da nossa orientadora gostaríamos de aplicar o questionário utilizado na sua tese: "Questionário sobre perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar". Deste modo vimos por este meio solicitar a sua autorização formal para que o possamos usar, uma vez que o nosso estudo também recai sobre a hiperatividade.

Sem mais de momento resta-nos agradecer a atenção e disponibilidade prestadas.

Em caso de qualquer dúvida ou esclarecimento adicional deixa-mos o nosso contacto via telefone e email:

Sofia Simão: 965297813 / sofia-simoesimao@hotmail.com

Liliana Soares: 934396708/ [liliana f soares@hotmail.com](mailto:liliana_f_soares@hotmail.com)

Anexo III- Carta dirigida aos agrupamentos

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de

Assunto: Pedido de autorização para preenchimento de questionários pelos docentes do 1º e 3º Ciclo do Ensino Básico do Agrupamento.

Eu, Sofia Alexandra Simões Simão, encontro-me presentemente em fase de elaboração de uma dissertação para a conclusão do Mestrado em ciências da Educação – Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor, cujo tema é “ Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção” e tem como principal objetivo de perceber quais as perceções que os professores têm acerca dos comportamentos perturbadores de crianças com PHDA.

Para realizar este trabalho é necessário a criação de uma amostra que viabilize análises estatísticas e que possa ser significativa, heterogénea e a mais representativa possível.

A técnica de recolha de dados que se pretende utilizar será o inquérito por questionário. Todos os dados recolhidos durante o presente estudo serão tratados de forma confidencial e apenas com objetivos estatísticos. Os resultados obtidos serão postos à disposição quando solicitados pelos interessados.

Tendo em vista o desenvolvimento deste estudo, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para que possa ser aplicado o referido questionário aos professores supra mencionados pertencentes a este agrupamento.

Atenciosamente pede deferimento

A docente
