



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**Centro Regional das Beiras**  
Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

**Mestrado** em Ciências da Educação  
**Especialização** em Educação Especial

**A Importância da formação de professores do 1º CEB para o  
conhecimento dos determinantes do desempenho escolar dos alunos  
com PHDA**

**Orientadora:** Professora Doutora Sofia Campos

Liliana Ferreira Soares  
Viseu, 2013

***UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA***  
**Centro Regional das Beiras**

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

**A Importância da formação de professores do 1º CEB para o  
conhecimento dos determinantes do desempenho escolar dos alunos  
com PHDA**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Educação Especial, apresentado à Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras – Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Sofia campos

Liliana Ferreira Soares  
Viseu, 2013

*“Pais de todo o mundo, deixai as criancinhas brincar, mesmo que em turbulência... A vida é movimento e até velocidade; deixai-as ter o pensamento nas estrelas - aí fermentam ideias novas.*

*Parar é morrer. Não sonhar é embrutecer. O movimento é a condição de vida. O sonho é o motor do pensamento.*

*A ansiedade sinaliza o perigo, a depressão, a dor...”*

António Coimbra de Matos, do Pórtico

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu pai (in memória) que é sempre a minha principal fonte de inspiração e que mesmo ausente consegue transmitir-me motivação, segurança, entusiasmo e capacidade para seguir em frente, na busca dos meus objetivos.

À minha mãe, pelo modelo de vida e pelos ensinamentos que me transmitiu e que deram origem ao que sou e faço.

Desejo também mostrar o meu agradecimento à Professora/Dra. Sofia Campos, pela orientação e pela grandiosa ajuda que me prestou na realização deste trabalho, assim como pelo seu apoio e pelo seu estímulo permanentes. Foram extremamente importantes as suas sugestões e as suas exigências tiveram um impacto muito positivo na concretização deste trabalho. Agradeço-lhe profundamente o que partilhou comigo do seu vasto conhecimento, na área da hiperatividade e todo o acompanhamento em toda esta trajetória.

Quero agradecer também a todas as pessoas e profissionais que direta e indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho. Sendo este espaço muito limitado para poder citar cada uma delas, faço-o de um modo geral, pois quem contribuiu sabe que lhe serei eternamente grata.

A todas as crianças com PHDA que conheci e com quem tive o privilégio de trabalhar, que me serviram também de inspiração e me deram o empurrão que me faltava para me lançar neste desafio.

Finalmente, e não menos importante ao meu marido, pelo apoio, ânimo, entusiasmo e partilha de afazeres e aos meus filhos que com apenas seis e oito anos souberam na maioria das vezes respeitar os meus momentos de concentração.

*“A vós filhos e marido: Perdoai-me se durante estes meses de luta, nem sempre estive presente como vós desejáveis, mas há sempre a possibilidade de mostrarmos que estamos juntos, nem que seja apenas através do olhar”.*

## **Resumo**

**Introdução:** A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma problemática que atinge uma elevada taxa de alunos em idade escolar. A sua prevalência estima-se em 3 a 7% dos alunos (APA,2000).

Deste modo, o trabalho direto com estes alunos hiperativos tornou-se uma tarefa incontornável nas nossas vidas, enquanto profissionais de educação. Cada vez mais se torna indispensável conhecer novas e eficazes práticas de ensino, pois compreender a tarefa do professor enquanto agente facilitador do processo ensino-aprendizagem é entender que essa mesma tarefa exige uma preparação especializada.

**Objetivo:** O presente estudo pretende perceber se a formação contínua dos professores os habilita com conhecimentos sobre as crianças com PHDA, melhorando as suas perceções e atitudes.

**Metodologia:** Sob o ponto de vista metodológico, o tipo de investigação adotado foi o Plano Descritivo por Inquérito. O instrumento utilizado foi o questionário por ser considerado a técnica mais apropriada para os estudos descritivos. Este estudo envolveu 117 professores do Ensino Básico de vários Agrupamentos de Escolas, sendo que a maior parte deles tem apenas a formação de base. São relativamente poucos os que fizeram alguma especialização e/ ou mestrado.

**Resultados:** Assim, analisando as respostas dadas pelos inquiridos e relacionando-as posteriormente como a sua formação (habilitações académicas) pudemos perceber que a qualidade das suas práticas melhora, quanto mais formação tiver recebido o docente. No entanto, a formação adicional recebida pelos docentes, poderia ter sido ou não desenvolvida no campo da hiperatividade e por essa razão nem sempre os docentes se sentiram seguros nas suas respostas, nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento dos problemas inerentes a esta problemática.

**Conclusão:** Os resultados do nosso estudo levam-nos a concluir que é extremamente importante receber formação ao longo de toda a carreira profissional, nesta e noutras áreas que direta ou indiretamente estejam interligadas com o nosso trabalho, de forma a melhorar a nossa intervenção em contexto escolar e ajudar as crianças com esta patologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** PHDA, Formação contínua, Estratégias de intervenção adequadas

## **Abstract**

**Introduction:** Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) is a problematic that reaches a high rate of school-age population. Its prevalence is estimated to be 3% - 7% of the students (APA, 2000).

Thus, working directly with hyperactive students has become an inevitable task in our lives, as educational professionals. So it has become essential to know new and effective teaching practices because to understand a teacher's role as a facilitating agent in the teaching-learning process is to understand that that role requires a specialized preparation. It is in this context that our paper is based.

**Objective:** The present study aims to understand if the continuing training of teachers helps them to have a better knowledge about ADHD children, improving their perceptions and attitudes.

**Methodology:** from this point of view, the adopted procedure was the Descriptive Plan by Survey. Data were collected using a questionnaire, considered the most appropriated procedure for descriptive studies. This study involved 117 primary teachers of several schools. The major part of them only have the basic training (the number of teachers with some kind of specialization in this area is very reduced).

**Results:** After analyzing the survey data, it was made a connection between the results and teacher's academic qualifications and the conclusion is that the quality of the teacher's practices goes up with the teachers training in this issue. However, the initial teacher's training may or may not have been developed in the hyperactivity area and, because of that some teachers may not be secured of their answers (particularly regarding to information about the main problems related to this theme).

**Conclusions:** The results of the study bring to us the conclusion that it is extremely important to get appropriate training throughout the professional career. This training can be related directly with this area or in other areas that are directly or indirectly connected with our work with the principal aim of improve our intervention in a school context and help the children with this pathology

**KEYWORDS:** ADHD, continuing training, appropriate intervention strategies

## Índice

Introdução.....	5
CAPÍTULO I – Evolução histórica da Educação Especial .....	9
1.1. O modelo educativo da exclusão/segregação .....	13
1.2. O modelo educativo da integração/inclusão .....	16
1.3. Evolução da educação Especial em Portugal .....	19
CAPÍTULO II- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção .....	25
2.1. Definição de PHDA .....	25
2.2. Evolução histórica do conceito .....	26
2.3. Etiologia da PHDA.....	34
2.4. Perspetiva evolutiva dos comportamentos da criança e impacto na sua vida .....	40
2.5. Características da hiperatividade .....	44
2.6. O processo de diagnóstico da PHDA .....	55
2.6.1. Intervenientes no processo de diagnóstico .....	63
2.7. Intervenção na PHDA .....	65
2.8. Tratamento da PHDA .....	72
CAPÍTULO III – Professores: uma profissão em construção .....	81
3.1 Perspetiva evolutiva .....	81
3.2. A imprescindibilidade da formação educacional de professores .....	83
CAPÍTULO IV – ESTADO DA ARTE .....	87
CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO.....	91
5.1 Metodologia .....	91
5.2 Linha condutora da investigação .....	91
5.3 A problemática e a questão de partida.....	92
5.4 Objetivos do estudo .....	93
5.5 Tipo de investigação.....	94
5.6 Instrumentos e recolha de dados.....	95
5.7 Procedimentos metodológicos .....	98
5.8 População e amostra.....	98
5.9 Apresentação e análise dos resultados.....	99
5.10 Discussão dos resultados .....	137

Conclusão .....	141
Bibliografia .....	143

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Evolução histórica do conceito de hiperatividade .....	33
<b>Quadro 2:</b> Critérios para o diagnóstico do transtorno de défice de atenção .....	49
<b>Quadro 3:</b> Critérios para o diagnóstico do transtorno de défice de atenção (continuação) .....	51
<b>Quadro 4:</b> Estrutura do questionário sobre Hiperatividade para professores.....	96
<b>Quadro 5:</b> Quadro de correção das respostas às questões do conhecimento .....	97
<b>Quadro 6:</b> Quadro de correção das respostas às questões das estratégias.....	97

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra, por género.....	99
Tabela 2: Dados do professor.....	99
Tabela 3: Trabalho direto com o aluno com PHDA e tempo de permanência com o mesmo aluno.....	101
Tabela 4: Distribuição dos alunos com PHDA, por idades .....	102
Tabela 5: Distribuição dos alunos com PHDA, por anos de escolaridade .....	103
Tabela 6: Anos de escolaridade na turma onde se inclui o aluno com PHDA .....	103
Tabela 7: Totalidade de alunos na turma onde o aluno com PHDA se insere .....	104
Tabela 8: Retenções dos alunos com PHDA.....	104
Tabela 9: Idade do aluno aquando o diagnóstico .....	105
Tabela 10: O aluno está sinalizado na Educação Especial .....	105
Tabela 11: Tempo que o docente de Educação Especial dedica ao aluno por semana .....	106
Tabela 12: O aluno está a usufruir de outros apoios na Escola/Agrupamento.....	106
Tabela 13: Outros apoios que o aluno usufrui dentro do agrupamento.....	107
Tabela 14: O aluno é acompanhado por técnicos de saúde mental fora do contexto escolar....	107
Tabela 15: Acompanhamento fora do contexto escolar .....	108
Tabela 16: O aluno está a ser medicado .....	108
Tabela 17: Medicação administrada pelo aluno .....	109
Tabela 18: PHDA na formação inicial .....	110
Tabela 19: Disciplinas frequentadas na formação de base que abordaram a PHDA .....	110
Tabela 20: Formação específica sobre PHDA .....	111
Tabela 21: Formação específica sobre PHDA recebida durante o percurso profissional .....	111

Tabela 22: Dificuldades sentidas no trabalho direto com alunos com PHDA .....	111
Tabela 23: Grau de dificuldade no trabalho direto com alunos com PHDA.....	112
Tabela 24: Dificuldades sentidas no trabalho direto com alunos com PHDA .....	112
Tabela 25: Grau de conhecimentos sobre PHDA.....	113
Tabela 26: Características fundamentais no diagnóstico de PHDA.....	114
Tabela 27: Em que contextos deve apresentar sintomas .....	114
Tabela 28: Duração dos sintomas.....	115
Tabela 29: Início da apresentação dos sintomas na criança .....	115
Tabela 30: Conhecimentos gerais sobre PHDA.....	116
Tabela 31: Estratégias utilizadas perante comportamentos inadequados.....	120
Tabela 32: Estratégias utilizadas para perpetuar a atenção do aluno .....	121
Tabela 33: Estratégias que surtiram o efeito desejado .....	122
Tabela 34: Comportamento mais frequente do aluno com PHDA.....	123
Tabela 35: Atenção prestada, nas tarefas escolares pelo aluno com PHDA .....	123
Tabela 36: Relacionamento com os colegas.....	124
Tabela 37: Comportamento do aluno em contexto de sala de aula .....	124
Tabela 38: Nível de realização académica na área de Língua Portuguesa .....	125
Tabela 39: Nível de realização académica na área de Matemática .....	125
Tabela 40: Nível de realização académica na área de Estudo do Meio.....	126
Tabela 41: Nível de realização académica na área de Expressões .....	126
Tabela 42: Formação vs Características fundamentais para o diagnóstico de PHDA.....	127
Tabela 43: Formação vs Efeitos de diagnóstico da PHDA .....	129
Tabela 44: Formação vs Para efeitos de diagnóstico, os sintomas apresentados pela criança devem.....	130
Tabela 45: Formação vs Conhecimento sobre PHDA.....	131

## Introdução

Muitos professores têm, ao longo da sua vida profissional, a experiência de ter nas suas classes crianças de trato difícil, ou seja crianças com as quais é necessário lidar de forma diferente. Isso acontece, não porque elas sejam rebeldes, mal-educadas ou até mesmo agressivas, mas porque demonstram uma evidente dificuldade em cumprir as regras escolares e em manter-se quietas e sossegadas, quando assim é necessário.

Perante esta situação, verifica-se que os professores têm a vivência e o conhecimento empírico do problema, mas não têm a sua compreensão total, pelo que normalmente se sentem desolados, agindo intuitivamente e revelando dificuldades em lidar com os comportamentos manifestados por estas crianças.

Assim, chegados ao ponto em que todos nós já tomamos consciência de que, nos dias que correm é extremamente difícil educar uma criança, ou jovem, resta-nos pensar como o poderemos fazer da melhor forma.

Pensemos pois... se é difícil educar uma criança dita “normal”, quanto mais não será educar uma criança que apresenta PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção). Já todos percebemos que todas as crianças têm o direito fundamental a uma educação de qualidade e à igualdade de oportunidades, uma vez que esses dois princípios estão bem definidos na Lei Fundamental Portuguesa (Lei de Bases do Sistema Educativo e Decreto-Lei nº. 3/2008 de 7 de janeiro).

A Hiperatividade apresenta-se assim, como um problema neuro-comportamental muito importante e que atinge muitas das nossas crianças. A literatura aponta para uma taxa de prevalência entre os 3% e os 7% das crianças em idade escolar, dependendo do autor e dos estudos; e uma grande percentagem continua a apresentar sintomas na vida adulta. É uma temática considerada bastante complexa e a sua complexidade deve-se ao facto do grupo das crianças hiperativas ser muito vasto e heterogéneo, pois nem todas manifestam as mesmas condutas; tais condutas podem surgir em ambientes diferentes e apresentarem diferentes causas, conforme a particularidade do caso.

Certo é que este problema pode tornar o dia-a-dia da criança e das pessoas que lidam diretamente com ela, excessivamente exaustivo e stressante.

Apesar de tudo, Falé (2007) tranquiliza todos aqueles que de certa forma procuram respostas sobre a forma de intervir junto destas crianças, afirmando que esta

situação pode perfeitamente ser controlada, sendo possível garantir a todos uma vivência normal.

Neste sentido é muito importante acreditarmos que podemos contribuir para atenuar este problema adaptando-nos às diferentes realidades com que nos deparamos e sobretudo que nos dotemos de conhecimentos através das informações práticas de que atualmente dispomos, acerca desta desordem e os problemas inerentes.

Como professores temos o papel preponderante de incentivar os nossos alunos e ajudá-los a gostar da escola, não podendo ficar à espera que todos eles estejam e se comportem em conformidade. Devemos sim fazer transparecer a cada um dos nossos alunos que conhecemos cada “bocadinho” seu transmitindo-lhe segurança nomeadamente àqueles que por alguma razão se desviam da norma, porque todas as crianças necessitam dos nossos cuidados, apoio, orientação, educação e amor.

Neste sentido, o que aparentemente é um problema, pode tornar-se num agradável e enriquecedor desafio, pois tal como nos transmite Sosin (2006), uma criança com PHDA, no seu melhor pode ser encantadora, compreensiva e carinhosa e com o seu carácter curioso e inovador não permite que haja momentos de monotonia em seu redor.

Deixemos de parte os tradicionais desabafos diários: “Cala-te!”; “Sossega!”; “Presta Atenção!”; “Vira-te para a frente!”... que claramente não manifestam resultados positivos visíveis e transformemos a nossa sala de aula num local aprazível para todos os nossos alunos em particular para aqueles que exijam mesmo que assim seja. Só assim podemos ajudar quem precisa de nós.

As incertezas e o medo de não cumprir com aquilo que nos propusemos fazer no início da carreira levou-nos à vontade de concretizar este trabalho. Assim, com ele pretendemos familiarizarmo-nos com esta patologia de forma a compreendermos as técnicas básicas de gestão da sala de aula, a aprendermos a agir adequadamente utilizando estratégias de ensino que promovam a coragem e a participação ativa dos alunos na sua aprendizagem e particularmente a conhecermos as realidades que tão perto estão de nós e que por vezes passam despercebidas. Nós, professores, enquanto profissionais somos aqueles que mais podemos fazer, na sala de aula, pela aprendizagem das crianças hiperativas, assim resta-nos seguir os conselhos e atividades que os especialistas nesta área nos dispõem, para podermos exercer em pleno a nossa função.

*“ Um professor preocupado pode fazer toda a diferença na noção de sucesso ou insucesso de um aluno, tanto na escola como na vida” (Sosin, 2006, p. 76).*

No primeiro momento desta parte do trabalho faremos um enquadramento teórico englobando de forma sucinta vários itens relacionados com o tema em estudo. Com esta prática tencionamos possibilitar uma melhor compreensão do contexto deste trabalho de investigação. Para tal apoiar-nos-emos fundamentalmente em documentação escrita.

Afonso (2005) defende que não há dados sem teoria, sendo ela que nos orienta na observação empírica, na medida em que nos diz o que devemos ver e ou ignorar. Para o mesmo autor os dados só ganham sentido no contexto teórico que os produziu.



## **CAPÍTULO I – Evolução histórica da Educação Especial**

Desde sempre houve pessoas com deficiência, mas nem sempre a sociedade as encarou da mesma forma.

No desenrolar da humanidade, a perspectiva social em relação aos deficientes foi sofrendo alterações a par da evolução das necessidades do ser humano e da própria organização das sociedades como referem Martins e Campos (2008).

Fernandes (2002) diz que muitos autores se têm dedicado ao estudo da história da Educação Especial e estes consideram ser extremamente importante para a sua análise o sistema de ideias em que ela se desenvolve e a estrutura social em que está inserida.

Usando como suporte esta linha de pensamento, concluímos que são muitos os autores que defendem que o conceito de normalidade não tem uma entidade própria, é sim um produto das representações mentais dominantes em determinada sociedade. Deste modo, este conceito será diferente mediante os contextos de tempo e lugar. Isto significa que ao considerar-se um sujeito como atrasado ou desviado é um fenómeno que se começou a manifestar desde os primórdios da humanidade e é determinado socioculturalmente.

Fernandes (2002) refere que no decorrer dos séculos, embora com avanços e recuos, o apoio oferecido às pessoas deficientes, foi-se tornando mais compreensivo. Todo este percurso sofreu influências de pensamentos filosóficos, de sentimentos religiosos, da organização política, enfim da própria cultura dos povos, como já referimos anteriormente.

Serra (2008) e Veiga et al. (2000) confirmam esta ideia complementando que a forma de encarar as pessoas com deficiência estava relacionada as formas de pensar, características da época.

Ao longo da história, a educação das pessoas deficientes tem passado por diferentes fases. As respostas das comunidades a estes sujeitos apresentam um padrão de evolução na forma como essas pessoas eram atendidas, passando pelo extermínio, a superstição, o amesquinamento, o receio supersticioso, a exclusão, a piedade, o respeito, o estudo científico e a promoção de cuidados assistenciais ou educativos (Ferreira, 2007).

Serra (2008) afirma também que os deficientes foram objeto, desde a antiguidade, de um tratamento especial, desde serem vistos como possuídos pelo demónio, na Idade Média, a serem considerados produto e castigo de transgressões morais, ou loucos ou criminosos a ser internados em hospícios nos séculos XVIII e XIX.

Assim, são vários os autores a referirem que o abandono, a ignorância, o medo e a superstição foram fatores de isolamento das pessoas com deficiência e impedimento para que pudesse haver desenvolvimento das suas possíveis capacidades.

Estudos realizados às atitudes sociais do período anterior à Idade Média comprovam que o problema da existência de indivíduos portadores de deficiência era solucionado com a sua simples eliminação na altura do nascimento ou durante os primeiros anos de vida da criança. Assim, nas sociedades antigas cometia-se infanticídio logo que se verificasse anormalidades nessas crianças (Carvalho & Peixoto, 2000).

Segundo Bautista (1997), durante a Idade Média, a Igreja condenou o infanticídio, mas por outro lado atribuía a causas sobrenaturais as anormalidades que as pessoas possuíam. Considerou-as possuídas pelo demónio e outros espíritos maléficos e arrenegava-as. Assim, diz-se que este período é caracterizado pelo pessimismo e negativismo em relação a todo o tipo de deficiência.

No mundo grego e romano, era muito provável que, em geral, os indivíduos mais afetados física e psiquicamente fossem aniquilados, ou então que falecessem com pouca idade, por não sobreviverem às condições adversas (Fernandes, 2002).

A mesma autora acrescenta que nas cidades gregas, com a valorização que se dava ao aspeto físico rejeitavam-se todos os seres imperfeitos. Nas sociedades ocidentais, como era proibido o extermínio à nascença, eles eram muitas vezes exorcistas, adivinhos e diziam a sina. Já em Roma, a condenação dos deficientes à morte era aceite pelos cidadãos, sendo muitos deles utilizados para divertimento ao serem lançados às feras.

Considera-se, portanto que neste longo período, a problemática da deficiência foi perspectivada segundo uma conceção de separação (Lownfeld, 1977) citado por (Fernandes, 2002).

Jiménez (1993) citado por Veiga et al. (2000), baseado nos estudos que efetuou, considera que a educação de crianças deficientes teve início em França, no séc. XVII, com o ensino a surdos-mudos. No século seguinte, surgem os primeiros trabalhos

escritos sobre o tratamento médico de atrasados mentais e estabelece-se a distinção entre idiotismo e demência.

Segundo Veiga et al. (2000), estas tímidas iniciativas fizeram desabrochar no séc. XIX, grandes preocupações com crianças deficientes. Assim, criam-se sucessivamente na Alemanha, na Suíça, nos Estados Unidos e em Inglaterra as primeiras escolas para idiotas, surgindo paralelamente em Espanha a primeira lei a prever a existência de escolas para surdos.

Até ao século XIX, haviam sido feitas poucas tentativas para educar pessoas deficientes. “Esta época é caracterizada pela ignorância e rejeição do indivíduo deficiente.” (Bautista, 1997, p.22).

Mas, segundo Veiga et al (2000) a necessidade de um ensino para todos, respeitando a diversidade é consolidada e prosseguida nos séculos XIX e XX com as ideias de Montessori, Decroly, Dewey, Makarenko, Mendel e Freinet. Ao longo de todo este tempo, a compreensão do conceito de criança deficiente sofre muitas mudanças.

Assim, para melhor percebermos as diferentes etapas atravessadas pela Educação Especial referenciemos Bairrão (1998) que cita Baptista (1993) para a identificação das três fases históricas pelas quais passou a educação especial. A primeira, que decorre na segunda metade do século XIX, a que denominam de pré-história da educação especial, tinha um carácter essencialmente asilar. Caldwell (1973) citado por Bairrão (1998) denomina este período como o período dos esquecidos e escondidos. As crianças eram mantidas longe da vista do público, face às críticas e segregação da sociedade em geral, relativamente aos não normais. Na sequência desta nova consciencialização surgem as instituições de carácter residencial, onde as crianças são colocadas de acordo com o seu tipo de deficiência. Esta política rotula estas crianças e separa-as das consideradas normais o que origina a segregação. As escolas especiais multiplicam-se subdividindo-se em diferentes patologias: deficientes mentais, cegos, surdos, paralisias cerebrais, dificuldades de aprendizagem, etc... Estas instituições tinham programas próprios adaptados ao tipo de deficiência e ainda pessoal especializado. Este subsistema diferenciado fazia parte do sistema educativo geral. Com este sistema, as crianças com deficiência ficam inibidas de viver em ambientes propícios para um desenvolvimento harmonioso aos quais eles têm direito, enquanto seres integrantes de uma sociedade. São terminantemente excluídas das classes regulares, segregadas e marginalizadas, durante várias décadas.

Segundo Baptista (1993) citado por Bairrão (1998) estas instituições para cegos e surdos foram criadas geralmente por iniciativa privada, com fundos próprios e com muito pouco financiamento por parte do estado.

Segundo Bairrão (1998), a segunda época vai encontrar-se já no presente século, nos anos 60 e tinha um forte cariz assistencial, já com algumas preocupações educativas, mas ainda em ambientes segregados. Começaram a criar-se os centros de educação especial e centros de observação. Começaram também a realizar-se os primeiros programas de formação especializada de professores, mas fora do âmbito do Ministério da Educação. Caldwell (1973) citado por Bairrão (1998) denomina este período como o período do despiste e segregação. Segundo ele estava no apogeu o modelo médico e as técnicas psicométricas, atribuindo mais ênfase à classificação e diagnóstico complexo do que à educação, segregando-os, na expectativa de lhes oferecer cuidados médicos, psicológicos, sociais e educativos com maior controlo e também para libertar a sociedade da sua presença.

Contudo, Veiga et al. (2000) afirma que em 1940, as associações de pais quiseram rejeitar este tipo de escolas segregadas. Então, em 1959 com o apoio administrativo da Dinamarca esta ideologia foi rejeitada o que vai levar a que se inclua na legislação o conceito de “normalização”, o que significa que um aluno com necessidades educativas especiais deve desenvolver o seu processo educativo num ambiente que não lhe imponha restrições, mas sim num ambiente tão normalizado quanto possível. Dá-se assim o primeiro passo a favor da desinstitucionalização das pessoas deficientes. O conceito de normalização estende-se, a partir de então a toda a Europa.

Segundo Batista (1993) citado por Bairrão (1998), normalizar não significa pretender converter em normal uma pessoa deficiente, mas aceitá-lo tal como é, com as suas deficiências, reconhecendo-lhe os mesmos direitos que aos outros e oferecendo-lhe os serviços pertinentes para que possa desenvolver ao máximo as suas potencialidades.

Finalmente, com a segregação a ser encarada como um processo antinatural entra-se nos anos 70, época que Baptista (1993) citado por Bairrão (1998) identifica como sendo a terceira etapa da educação especial. Segundo ele esta etapa representa uma nova abordagem do conceito e da prática da educação especial. É já caracterizada predominantemente pela preocupação com a integração dos deficientes com as pessoas ditas normais. Caldwell (1973) citado por Bairrão (1998) denomina este período como o

período de identificação e ajuda. Acrescenta que foi um período marcado pela "revolução silenciosa", coroada pela lei americana, em 1975, que veiculava, em matéria de educação, direitos iguais para todos os cidadãos e estipulava que de um ponto de vista político e social, e no plano educativo, os deficientes deveriam frequentar o ensino universal e gratuito adaptado às suas necessidades. Na opinião de Campos e Martins (2008) esta última etapa corresponde à época atual, onde o conceito de deficiência se desenvolve perspectivado em função de uma sociedade que ideologicamente se afirma como sendo inclusiva.

Atualmente, a Educação Especial aposta numa educação integrada rejeitando a educação institucionalizada. É uma educação baseada, segundo Bautista (1997), no princípio da normalização que implica o princípio da individualização, o que significa que o aluno com NEE deve desenvolver o seu processo educativo num ambiente não restritivo, e tão normal quanto possível, devendo-se ajustar às características e particularidades de cada um, promovendo os recursos, apoios ou serviços, necessários.

*“Para as crianças com Necessidades Educativas Especiais, a igualdade de oportunidades de acesso à educação é, na atualidade, um direito fundamental” (Correia, 1999, p. 25)*

*“(...) Acreditamos e proclamamos que:*

*cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias;*

*as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através de uma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades(...)*”

*(in declaração de Salamanca, Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, 1994, p. VIII)*

### **1.1. O modelo educativo da exclusão/segregação**

Através da história podemos evidenciar políticas extremas de exclusão das pessoas deficientes.

Na Antiga Grécia e em Esparta, crianças com alguma deficiência física eram colocadas nas montanhas e em Roma e Atenas, bem como, nas civilizações orientais, onde a condenação à morte das crianças que nasciam deficientes, era aceite, legal e

naturalmente pelos indivíduos. Eram mesmo aniquiladas, sendo jogadas aos rios. (Correia, 1999).

Na Idade Média, a sociedade era dominada pela religião e considerava que todos aqueles que manifestassem problemas físicos ou mentais, eram diabólicos e feiticeiros, e por isso eram perseguidos, julgados e executados. A maioria das sociedades primitivas via o deficiente com superstição e malignidade como diz Correia (1997) citado por Silva (2009).

Contudo, ao longo da idade média, Lowenfeld (1997) in Fernandes (2000) citado por Campos e Martins (2008) refere que devido à evolução social e com a influência determinante da igreja e das religiões monoteístas, a concepção muda passando a existir uma ideia mais voltada para o protecionismo destas pessoas.

Deste modo, os deficientes eram institucionalizados, vestidos e bem alimentados, mas nada mais do que isso. Foi então nesta fase da História que se fundaram asilos e hospitais onde os deficientes eram colocados numa atitude absolutamente protecionista (Campos e Martins, 2008).

Os deficientes mentais eram internados em orfanatos, manicómios e prisões, junto dos delinquentes, velhos e indigentes tal como referem Carvalho e Peixoto (2000).

Também em 1801 Itard citado por Correia (1999), referenciado como sendo o “pai da Educação Especial” faz a primeira tentativa em educar um deficiente (criança selvagem encontrada nos bosques de L’Aveyron, França e que era portadora de uma deficiência mental profunda). Esta tentativa é indicada como o início da Educação especial.

O primeiro período da Educação Especial remonta assim, aos finais do século XVIII e inícios do século XIX e caracteriza-se, segundo Bautista (1997) pela era da institucionalização especializada de pessoas portadoras de alguma deficiência.

Segundo Lopes (1997) a educação especial para crianças deficientes surge, assim na era das institucionalizações. Foram criadas instituições especializadas para deficientes visuais auditivos e mentais.

Contudo, mais uma vez reforçamos a ideia de que, embora a sociedade tenha tomado consciência da necessidade de atender as pessoas com deficiências, tal atenção era apenas concebida em termos assistenciais e não como um processo educativo e de desenvolvimento pessoal, conforme referem diversos autores.

Segundo Fernandes (2002), este século poderia designar-se como época de grande encerramento, pois todos os que mostravam ausência de razão, na forma lógica, política ou moral, considerados deficientes mentais eram encerrados.

Carvalho e Peixoto (2000) acrescentam ainda que com esta situação a sociedade sente-se aliviada, proporcionando cuidados e assistência ao deficiente, protegendo-se e protegendo-o. Com esta atitude separa-se, segrega-se e discrimina-se o deficiente.

Vários autores afirmam que estas instituições eram construídas fora das cidades, para que a presença destes sujeitos não afetasse a restante comunidade. Os deficientes acabavam por ser vistos como não desejados, vivendo segregados, não vendo os seus direitos reconhecidos.

Esta era prolonga-se até meados do século XX. Este século caracteriza-se pelo início da escolaridade obrigatória.

Na opinião de Ferreira (2007), a escolaridade obrigatória com um currículo único fez com que muitas crianças não conseguissem cumprir os objetivos de aprendizagem, no calendário previsto. Assim, a escola sentiu necessidade de classificar os alunos fazendo-o na maioria das vezes na base da sua inteligência. Com isto pretendia-se identificar os alunos que não conseguiam aprender, na sala de aula, ao ritmo dos seus colegas e colocá-los em locais separados e educacionalmente protegidos. As escolas especiais ou salas de ensino permanente para estas crianças transformaram-se em autênticos “nichos educativos” sendo o reflexo dos conceitos e das expectativas que nessa altura a sociedade tinha relativamente a estes sujeitos.

Niza (1996) citado por Carvalho e Peixoto (2000) esboça uma perspetiva da exclusão referindo que em Portugal, no ano de 1911, apenas um terço das crianças frequentava a escolaridade obrigatória, nessa altura decretada. Paralelamente, Binet e Simon, em França concebem a primeira Escala de Inteligência destinada a selecionar os alunos da escola pública. Com a aplicação desta escala escolhiam-se os alunos que constituíam as classes de aperfeiçoamento. Também a psicometria serviu de instrumento de exclusão ao atribuir a incapacidade ao aluno.

Para Correia (1997) se a política de exclusão elimina as crianças da sociedade de que devem ser parte integrante, o procedimento de as colocar com um estatuto desviante segrega-as. Assim, excluídas dos programas de educação públicos, impedidas de interações benéficas para o seu desenvolvimento, crescem em ambientes interpessoais incultos e, muitas vezes adversos.

O mesmo autor continua frisando que as classes especiais e outras formas de segregação só deverão ser utilizadas, quando as necessidades das crianças não possam ser satisfeitas num meio que inclua crianças “normais” ainda que com recurso a apoios e serviços suplementares.

## **1.2. O modelo educativo da integração/inclusão**

A consciencialização, por parte da sociedade, da desumanização, da fraca qualidade de atendimento, nas instituições e do seu custo elevado, das longas listas de espera, das investigações sobre as atitudes negativas da sociedade relativamente aos marginalizados e dos avanços científicos de alguma ciências, permitiu perspetivar, sob o ponto de vista educativo e social, a integração das crianças e dos jovens com deficiência à qual estava subjacente o direito à educação, à igualdade de oportunidades e ao de participar na sociedade (Jiménez, 1997) citado por (Silva, 2009).

*“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” (Correia, 1999, p. 19).*

Neste contexto, Correia (1999) refere que quando o conceito de integração consiste apenas em reconhecer o direito que assiste ao aluno de frequentar a escola regular e quando isso passa apenas pela sua colocação na escola e não houver integração social e académica, esta prática acaba por ser um fracasso e uma irresponsabilidade.

Nesta ótica importa referir a ideia de Silva (2009) ao dizer que a integração escolar decorreu da aplicação do princípio de “normalização” e, nesse sentido, a educação das crianças e dos adultos com deficiência deveria ser feita em instituições de educação e de ensino regular.

Embora, a integração como forma de preconizar uma educação de qualidade, num meio o menos restritivo possível para as crianças com incapacidade se tenha já começado a traçar nos anos cinquenta, é a partir da publicação de disposições legais específicas nos diversos países que ela passa a ser um modelo, senão obrigatório, pelo menos sugerido pelos governos (Ferreira, 2007).

Continuando com Ferreira, entre os finais dos anos 70 e princípios dos anos 80 assistiu-se, em diferentes nações a um surto de produção legislativa que teve fortes repercussões no domínio da educação especial. Foram vários os diplomas que tiveram a pretensão de consagrar na lei um conjunto de direitos dos alunos NEE e ao mesmo tempo instituir normas gerais de regulamentação das próprias práticas educativas.

Lopes (1997) afirma que a Declaração dos Direitos da Criança em 1921, a Declaração dos Direitos do Homem em 1948 e a Segunda Grande Guerra Mundial provocaram mudanças no que concerne à filosofia da Educação Especial pelo paradigma da normalização. A segregação passa a ser encarada como antinatural e indesejável.

Segundo Carvalho e Peixoto (2000) para a integração de alunos com Necessidades Educativas Especiais surgem, nos anos 70, dois documentos fundamentais que vão influenciar decisivamente a Educação Especial: A Public Law 94-142, publicada nos Estados Unidos, em 1975 (lei que contempla direitos iguais para todos os cidadãos em matéria de educação) e o Warnock Report publicado em Inglaterra, no ano de 1978 que, segundo Fernandes (2002) representa um vasto grupo de interesses de diferentes classes profissionais: médicos, psicólogos, diretores de escolas especiais, responsáveis pelos serviços sociais, professores universitários e pais de crianças deficientes. Este último veio atribuir enfoque na aprendizagem escolar de um currículo, ou de um programa, deixando de atribuir tanta importância ao modelo médico e preocupando-se mais com o modelo educativo. Com esta legislação dá-se uma viragem a vários níveis: valoriza-se a educação como forma de mudança e a integração como forma de normalização.

Segundo, Fernandes (2002), a lei americana (PL 94-142) pretende chamar a atenção para a necessidade de elaborar um plano individualizado de ensino para todas as crianças, o que pressupõe o direito de todos à escolaridade, com utilização diferenciada de recursos para atingir o melhor desenvolvimento possível. Estas crianças têm assim direito a ter mais recursos quer a nível pessoal quer a nível de tempo e de dinheiro, por necessitarem de ajuda adicional para poderem ter os mesmos resultados dos seus pares. Bairrão (1998) complementa referindo que esta lei vai apresentar quatro componentes principais do ensino integrado: o direito a uma educação pública adequada; o direito a uma avaliação justa e não discriminatória implicando a existência de instrumentos de

avaliação adequados sob o ponto de vista linguístico, cultural e psicométrico; o direito dos pais poderem reivindicar caso as recomendações da integração não forem observadas; o estabelecimento de um Plano Educativo Individual.

O mesmo autor salienta as principais propostas do Warnock Report relativamente ao domínio científico e da intervenção: encara a deficiência como um “contínuo” de necessidades especiais de educação, abolindo, assim, as características diagnósticas enraizadas num modelo médico tradicional; apresenta uma nova metodologia na identificação e avaliação das crianças com necessidades educativas especiais, exigindo uma descrição detalhada dessas necessidades; atribui deveres às autoridades de educação no que se refere às crianças com necessidades educativas especiais, pelo facto de estas crianças terem direitos iguais aos seus pares não deficientes; dá o direito aos pais de desempenharem um papel ativo na avaliação, na tomada de decisões e na concretização de medidas educativas para os seus filhos.

Segundo Fernandes (2002); Wedell (1983) citado por Bairrão (1998) e Ferreira (2007), este relatório introduz o conceito de “Necessidades Educativas Especiais”. Foi um marco decisivo na integração da educação especial no sistema geral de ensino e defende que uma em cada cinco crianças, durante o seu percurso escolar necessita de atendimento especial. Esse atendimento especial não significa que essas crianças sejam deficientes.

Assim, e ainda segundo Wedell (1983), o termo necessidades educativas especiais está relacionado com o desfasamento entre o nível de comportamento ou de realização da criança e a sua idade cronológica.

*“ Alunos com Necessidades Educativas Especiais são aqueles que, por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socio emocional.” (Correia, 2008, p. 23)*

Bairrão (1998) esclarece que é frequente haver muitos professores que têm dificuldades em manejar este conceito. Esta situação tem a ver com o facto de muitos deles não possuírem formação sólida e consistente no que concerne à área da psicologia da educação e mesmo da educação em geral. Muitos deles não conhecem claramente o currículo que ensinam e têm dificuldade em atingir objetivos e metas diferenciadas para

os seus alunos. É necessário utilizar materiais e estratégias adequadas e acima de tudo saber avaliar de forma precisa os progressos a nível do ensino/aprendizagem.

O mesmo autor continua afirmando que quando os professores não têm formação suficiente ou não possuem as condições reais para o pleno exercício da profissão, é comum considerar-se muito difícil o ensino integrado dos alunos com necessidades educativas especiais.

A ideia de Correia (1999) vem ao encontro desta última. O autor afirma que são grandes as responsabilidades delegadas aos professores do ensino regular. Deles espera-se que utilizem estratégias e desenvolvam atividades de ensino individualizado junto da criança com NEE ao mesmo tempo que mantenham um programa eficaz para o restante grupo e colaborem na integração social da classe. Sem a formação necessária para responder às necessidades destes alunos e não conhecendo muitas vezes a natureza dos seus problemas e as implicações que estes têm no processo educativo é-lhes impossível prestar o apoio adequado. A insegurança e incapacidade em desenvolver estratégias de ensino/aprendizagem adequadas condiciona claramente o êxito da integração.

Em suma, Fonseca (1997) citado por Carvalho e Peixoto (2000) definindo integração como “educar crianças deficientes, nas classes dos não deficientes” reforça a ideia de que para que tal possa acontecer são necessárias várias mudanças. Essas mudanças passam pela formação de professores, aplicação de novas técnicas, planificação de ações e individualização de programas, pois a integração parte do conceito de crianças especiais para o conceito de situações especiais que determinam formação, prática pedagógica e investigação.

### **1.3. Evolução da educação Especial em Portugal**

Segundo Veiga et al. (2000) também em Portugal, a atitude de segregação das pessoas deficientes foi mantida e explorada ao longo dos tempos.

Segundo os mesmos autores, a assistência a estas pessoas começa em 1871, quando em Lisboa se cria a casa de correção para crianças rotuladas de delinquentes. Mais tarde, em 1890 é criado o Instituto de Surdos de Benfica. Esta instituição procura oferecer um ensino de acordo com as necessidades dos alunos surdos, débeis mentais e com deficiência da fala (Fróis, 1997) citado por Veiga et al. (2000).

Bairrão (1998) faz também referência ao Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa que surge em 1914. Nessa altura, a referida instituição tinha cariz asilar e preocupações psiquiátricas. Alguns anos mais tarde dá origem ao Instituto Aurélio da Costa Ferreira cujos objetivos são o apoio a crianças deficientes e a formação de pessoal docente e auxiliar para a educação de crianças suficientemente educáveis.

Veiga et al. acrescenta que nos anos 30 a sociedade aceita que os anormais tenham direito a ser tratados e educados, mas simultaneamente considerava que também tinha o direito de deles se defender. Assim, para evitar a sua proliferação retiravam-nos do seu meio por se tornarem socialmente prejudiciais e perigosos.

A Declaração dos Direitos da Criança em 1921 e a Declaração dos Direitos do Homem mais tarde em 1948 fazem com que este modelo segregacionista seja posto em causa (Carvalho e Peixoto, 2000).

Em 1946 é publicado o decreto-Lei nº 3/8. Este decreto, segundo Carvalho e Peixoto (2000) determina a criação das “classes especiais” que inicialmente eram apenas frequentadas por crianças anormais e mais tarde por crianças com inaptações escolares e debilidades ligeiras.

Nesta tentativa de integração, Correia (1999) diz que de acordo com documentação do Ministério da Educação (1992), as primeiras experiências realizadas em Portugal, em matéria de integração, consistiram na criação das ditas “classes especiais”, criadas pelo Instituto Aurélio da Costa Ferreira. Estas classes eram destinadas a alunos com problemas de aprendizagem e eram ministradas por professores especializados pelo mesmo instituto.

Na década de 60, sob a orientação da então Direção Geral da Assistência, surgiram novas iniciativas que proporcionaram o alargamento de apoio a crianças/adolescentes com deficiência integrados nas escolas regulares.

Os anos 60 caracterizaram-se assim, pela criação de centros de educação especial, centros de observação e também pela realização dos primeiros programas de formação especializada de professores, fora do âmbito do Ministério da Educação. (Carvalho & Peixoto, 2000).

Só a partir dos anos 70 é que começou a surgir legislação em Portugal que foi definindo, lentamente, a integração progressiva de alunos cegos surdos e deficientes motores (Silva, 2009)

Em 1972 o Ministério da Educação assume a liderança criando as divisões do Ensino Especial dos Ensinos Básicos e Secundários e mais tarde em 1976 cria as “Equipas de Ensino Especial Integrado” o que deu origem a que se iniciasse a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens com deficiência (Correia, 1997) e (Carvalho & Peixoto, 2000). Correia continua referindo que nesta fase a integração estava apenas destinada a portadores de deficiências sensoriais ou motoras, mas com capacidades para acompanhar os currículos escolares normais.

A entrada de Portugal, na atual União Europeia, em 1986 (possibilitando apoios técnicos e financeiros), a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo, no mesmo ano (consagrando a Educação especial como uma modalidade de Educação), o DL 3/87 de 3 de janeiro que estabeleceu a regionalização dos serviços do Ministério da Educação e a Reforma do Sistema Educativo foram acontecimentos extremamente importantes para a Educação Especial (Silva, 2009).

Bairrão (1998) defende que a Lei de Bases do Sistema Educativo contribuiu determinantemente para dotar a Educação Especial de um quadro de referências há muito desejado. Esta lei integra definitivamente a Educação Especial, no sistema educativo, defendendo o princípio da diferenciação pedagógica como meio de realizar a efetiva igualdade de oportunidades das crianças e jovens com deficiência. Reconhece ainda não só o papel primordial do Estado, nesta matéria como também o contributo da própria sociedade na criação de recursos e respostas que auxiliem na educação destes alunos.

Correia (1999) refere que são publicados vários diplomas que consagram medidas de atuação junto da criança com NEE, decorrentes da Lei de Bases do Sistema Educativo.

Em 1988, a oficialização das Equipas de Educação Especial vigorada no Despacho Conjunto 36/SEAM/SERE, de 17/08 e a escolaridade obrigatória para todos os alunos instituída pelo DL 35/90 de 25 de janeiro, constituíram também marcos significativos para o processo de integração (Silva, 2009).

Segundo Bairrão (1998), um outro marco muito significativo na História da Educação Especial em Portugal foi sem dúvida a publicação do D.L. nº 319/91 de 23 de agosto de 1991. Este decreto vem atribuir responsabilidade à escola regular por todos os seus alunos e por conseguinte, no interior da própria escola devem existir respostas educativas adequadas à diversidade dos problemas dos seus alunos.

Segundo Correia (2009), com esta legislação, as escolas passam a dispor de um suporte legal para se organizarem relativamente ao trabalho com crianças com NEE. Esta situação assegura já os direitos que a sociedade tem de garantir a esta população. Esta lei aplica-se a todas as crianças com NEE que frequentam os estabelecimentos públicos de ensino dos níveis Básico e Secundário e contem princípios muito inovadores relativamente à integração: introduz o conceito de Necessidades Educativas Especiais, baseado em critérios pedagógicos; reconhece que os problemas dos alunos devem ser encarados sob o ponto de vista educativo e propõe o abandono da classificação por categorias de acordo com a deficiência da criança, baseada em decisões médicas, evitando que seja rotulada; valoriza a expressão “Escola para Todos”, privilegiando a máxima integração do aluno com NEE na escola regular e defendendo que devem ser utilizados recursos sem restrições e a máxima adequação às suas necessidades educativas. A escola é responsabilizada pela procura das respostas adequadas.

A legislação mais recente foi o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro. Correia (2008) diz ter sido designado pela gíria por “nova lei do Ensino especial”. O autor critica a nova peça da legislação ao afirmar que a lei é incoerente, confusa e acredita que a mesma deveria ter como objetivo primeiro elucidar as nossas escolas quanto à forma de responder eficazmente às necessidades dos alunos que requerem uma atenção muito especial, apoiada em intervenções específicas e de um conjunto de recursos especializados, para assim ser possível criar condições que permitissem melhorar a sua qualidade de vida.

Na opinião de Correia (2008), a legislação e o comportamento de todos aqueles que estão envolvidos na educação dos alunos com NEE, são elementos fundamentais na implementação de boas práticas educativas.

Cabe às escolas regulares responsabilidades acrescidas no atendimento a crianças com NEE, mas infelizmente continuam a ser insuficientes as estruturas sólidas que sustentem esta ação. Deste modo, o apoio técnico deficitário e o número insuficiente de professores especializados em Educação especial, bem como a falta de formação do professor do ensino regular são fatores que condicionam o sucesso da integração Correia (1999).

*“ (...) quando uma criança com NEES é meramente colocada numa classe regular sem os serviços e apoios de que necessita e/ou quando se espera que o professor do ensino regular responda a todas as necessidades dessa mesma criança, sem apoio de especialistas, isso não é inclusão. Nem é Educação especial ou educação regular apropriada – é educação irresponsável” (Correia, 2008, p. 13).*



## CAPITULO II- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

*“É verdade, a culpa não é dele, mas você verifica que o seu filho: extravasa energia (é um verdadeiro tornado!); distrai-se, tem dificuldade em concentrar-se, obtém resultados escolares que não refletem as suas reais capacidades; apresenta algumas perturbações do comportamento, em situação de grupo (sala de aula, recreio, equipa desportiva, etc.); precisa que as pessoas tratem dele, em permanência. A culpa também não é sua!” (Sauvé, 2006, p. 19)*

### 2.1. Definição de PHDA

Segundo Barkley (2002), a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é, um transtorno no desenvolvimento do autocontrole da criança. Esse transtorno reflete-se em problemas com o tempo de atenção, com o controle dos seus impulsos e também com o nível de atividade.

Neto et al. (2010), baseados na ideia de (Visser; Lesesne, 2003), vão ao encontro da definição anterior ao explicarem PHDA, como um comprometimento neuro comportamental caracterizado por desatenção e hiperatividade/impulsividade. Também Parker (2003) diz haver um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e/ou hiperatividade.

Falardeau (1997) diz mesmo que a hiperatividade se traduz por uma diminuição ou mesmo ausência de controlo do individuo que dela padece. Reforça a ideia de que uma pessoa hiperativa é incapaz de manter a sua atenção, controlar os seus impulsos e manter-se quieto.

Contudo, esta situação não tem origem na falta de imposição de disciplina por parte dos pais nem por maldade, ou falta de vontade da criança (Barkley, 2002; Falardeau, 1997), mas sim de uma ausência de controlo.

Sosin (2006) acrescenta que esta perturbação se evidencia na primeira infância e que, por norma se manifesta ao longo da vida.

Parker (2003) chama a atenção para o facto de haver diferentes tipos de desordem por défice de atenção.

*“Algumas pessoas são excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras são mais notoriamente afetadas por estados de desatenção e outras ainda apresentam uma combinação dos três traços.” (Parker, 2003, p. 9)*

O mesmo autor acrescenta que para se poder realizar um diagnóstico o indivíduo terá que apresentar os sintomas de desatenção de hiperatividade ou de impulsividade descritos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders). Refere ainda a importância de os sintomas se manifestarem antes dos 7 anos de idade e a interferência entre eles se tenha de fazer sentir em dois ou mais contextos (escola, casa, trabalho), devendo haver provas de interferência no meio social, académico ou ocupacional. Os sintomas não devem também resultar de uma outra desordem de foro psiquiátrico.

## **2.2. Evolução histórica do conceito**

Ao longo dos tempos, a hiperatividade infantil foi chamada de diferentes maneiras: “Disfunção Cerebral Menor”, “Lesão Cerebral Mínima”, “Disfunção Cerebral Mínima”, “Síndrome da Criança Hiperativa”, “Reação Hipercinética da Infância” e “Síndrome Hipercinético” (Lorente & Encío, 2000).

Lopes (1998b) refere que a compreensão desta dificuldade de definição, conceptualização, avaliação e intervenção sobre a TDAH implica o conhecimento da história deste distúrbio. Apenas com algum conhecimento, se pode, em boa parte, situar nesta área.

As primeiras referências ao que é designado por Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) são possíveis de ser encontradas, na segunda metade do século XIX (Bonnet & Bréjard, 2008). Os mesmos autores afirmam que num primeiro momento, os estudos neste domínio eram franceses e europeus.

Segundo Neto (2010), antes do século XX, já o dramaturgo Jean François Regnard (1655-1709), numa das suas comédias, caracterizou uma das personagens como “Monsieur le distrait”, “homem sábio, sonhador e distraído”. Era tão distraído que frequentemente se encontrava “mergulhado em seus desvaneios”, sendo preciso chamá-lo à atenção durante as conversas.

O mesmo autor menciona também o médico Alexander Crichton (1763-1856) que descreve numa das suas obras um estado mental de “incapacidade de prestar atenção com o grau necessário de constância a qualquer objeto”. Tal quadro começa cedo na infância e diminui com a idade. É acompanhado de um “grau não natural de inquietação mental”. O autor chama a atenção para as dificuldades escolares dos

portadores de tal condição e para a necessidade de que os professores estejam preparados para lidar com essas crianças.

Mais tarde, Hoffmann comunicou o caso de uma criança cuja conduta se caracterizava pela inquietação motora e que o autor descreveu como sendo muito inquieto, não conseguindo estar sentado, movendo-se muito e rindo-se entre os dentes. Balançava na cadeira inclinando-a para a frente e para trás como se a cadeira fosse um cavalo. Crescia cada vez mais rebelde e extravagante e não parava até que caía definitivamente da sua cadeira (Lorente & Encío, 2000).

Contudo, segundo Barkley (2008) o mérito científico foi conferido a George Still e Alfred Tredgold, uma vez que foram os primeiros autores a dedicar atenção clínica séria a uma condição comportamental infantil.

Concordando com teorização de Barkley, também Sanz (2002); Lopes (1998a); Lopes (1998b); Selikowitz (2010) apontam o pediatra inglês Georges Still, no início do século XX, como sendo o primeiro a descrever um conjunto de sintomas que em muito se aproximam dos que são considerados como constituindo as manifestações fundamentais do PDAH: hiperatividade, dificuldades de aprendizagem, problemas de atenção e regras de conduta.

Neto (2010) complementa a afirmação dizendo que o trabalho do pediatra George Frederick Still sobre condições anormais em crianças, publicado em 1902 é considerado a primeira descrição médica detalhada do PHDA.

Foram três conferências sobre observações feitas a 43 crianças atendidas no seu consultório que apresentavam um “defeito permanente ou temporário do controle moral” desencadeado por algum distúrbio cerebral. (Barkley, 2008; Neto, 2010). Algumas dessas crianças analisadas, não apresentavam, porém prejuízo de inteligência.

Barkley (2008) pormenoriza que nesse estudo de Still em 23 dos 43 casos, esse defeito poderia estar associado a um retardo intelectual, mas esse defeito poderia surgir também em crianças de inteligência quase normal, como de resto se passou nos restantes 20 casos.

Outros autores dessa época seguiam a teoria semelhante à de Still. As crianças com sintomas característicos da hiperatividade eram referenciadas, como portadoras da “deficiência da consciência moral”

Still define estas crianças como agressivas, hiperativas com problemas associados a desonestidade, a crueldade, a desobediência sistemática, problemas de

atenção e de aprendizagem escolar, podendo estes problemas apresentar-se crônicos, na maioria dos casos, aumentando o risco de desenvolvimento de condutas antissociais. Afirma que este problema tem origem orgânica, contudo, não descarta a possibilidade dos fatores ambientais terem também o seu papel, fazendo referência à elevada incidência de alcoolismo, distúrbios afetivos e condutas delinquentes das famílias das crianças. (Lopes, 1998b; Barkley, 2008)

Mais tarde, logo após a primeira guerra mundial, uma epidemia de encefalites em 1917 e 1918 percorre toda a Europa. O grande interesse dos americanos, pela PHDA é segundo Selikowitz (2010) e Barkley (2008) despertado então nesta altura.

Os clínicos viram-se confrontados com um elevado número de crianças que embora tendo sobrevivido à infeção cerebral, apresentavam significativas sequelas cognitivas e comportamentais (Cantwel, 1981; Kessler, 1980; Stewart, 1970) citados por Barkley (2008). A descrição destas crianças incluía sintomas como deficiências na atenção, na regulação da atividade e impulsividade e ainda com limitações nas capacidades cognitivas incluindo a memória, dificuldades de relacionamento interpessoal, comportamentos de desafio e oposição e problemas de conduta e delinquência. Eram consideradas socialmente perturbadoras.

Barkley (2008) reconhece ter sido o número elevado de crianças afetadas que deu origem ao interesse quer académico, quer profissional pelo estudo desse transtorno comportamental.

As sequelas apresentadas pelas crianças levavam a um quadro de alterações cognitivas e comportamentais que passou a ser denominado de “transtorno comportamental pós-encefálico” (Barkley, 1998) citado por (Neto, 2010).

A descrição desta denominação, assim como as descrições de Still, não estariam muito longe, segundo Lopes (1998b), da atual descrição da PHDA e de outros problemas comportamentais da infância cuja descrição e denominação se encontram explanados em sistemas de classificação internacionais como por exemplo o DSM-III-R ou o ICD-10.

Um outro marco na evolução do conceito de PHDA foi o interessante conjunto de trabalhos publicados (artigos), nos anos 30 e 40, sobre o tratamento de crianças com diversos tipos de psicopatologias (Barkley, 2008). O mesmo autor continua referindo que esses artigos, marcam o início da terapia com medicação.

Sanz (2002) e Neto (2010), fazem referência à descoberta realizada por Bradley em 1937. Bradley descreveu o efeito terapêutico das anfetaminas e das drogas antidepressivas na acalmia dos sinais de hiperatividade e na melhoria da aprendizagem escolar de crianças com distúrbios comportamentais, sem perda de rendimento em áreas fundamentais como a manutenção da atenção ou a vigilância.

Tal como já referimos anteriormente, este seria o ponto de partida da investigação farmacológica para o tratamento deste transtorno. Ainda hoje em muitos países, constitui uma forma privilegiada de tratamento dos sintomas comportamentais associados à PHDA (Neto, 2010).

A partir dos anos quarenta Strauss e Werner (1941) citados por Sanz (2002) contribuíram para que se estabelecesse a denominação de “Síndrome por dano cerebral mínimo” para se referir a um grupo de crianças com hiperatividade, distração, impulsividade e atraso mental. O adjetivo mínimo significava que a afetação cerebral existia, mas era tão pequena que não se demonstrava.

Assim, na década de 60 e 70 o conjunto de sintomas de comportamento era genericamente designado por “Disfunção Cerebral Mínima” (Clements & Peters, 1962) citados por (Cruz, 2008); (Selikowitz, 2010).

Lopes (1998b) afirma que com o tempo este conceito sofre muitas críticas. Essas críticas eram argumentadas pelo seu fraco valor para a intervenção, bem como a ausência de critérios de diagnósticos precisos. Barkley (2008) afirma mesmo que este conceito era vago, muito abrangente, de pouco valor prescritivo e sem evidências neurológicas.

Assim, à medida que a insatisfação com a expressão de “Disfunção Cerebral Mínima” aumentava, um grupo de autores cada vez mais numeroso ia sugerindo a substituição do conceito de “Disfunção Cerebral Mínima” pelo de “Síndrome Hiperativo da Infância” descrito nos trabalhos de Laufer e Denhoff (1957), e Stella Chess (1960), como referem Cruz (2008) e Lopes (2004). Segundo Barkley (2008) estes trabalhos tiveram a sua origem na mudança de ideias dos investigadores. Estes passaram a atribuir mais ênfase ao sintoma comportamental considerado mais característico do transtorno – a hiperatividade.

Segundo Barkley (1990), citado por Cruz (2008), a comunicação destes autores foi muito significativa, porque enfatizou a atividade da criança, como a característica determinante da perturbação; sublinhou a necessidade de considerar os dados objetivos

dos sintomas para além das referências subjetivas dos pais ou dos professores; separou o conceito de uma síndrome de hiperatividade do conceito de uma síndrome de lesão cerebral; retirou aos pais a “culpabilidade pelos problemas dos filhos e o que se considera talvez ainda mais importante, verificou que a hiperatividade aparecia igualmente associada a outros quadros clínicos, como por exemplo a deficiência mental, lesões cerebrais, autismo infantil ou esquizofrenia.

Lopes (1998a) foca o DSM-II onde é reconhecida a importância destas posições através da criação de uma categoria diagnóstica chamada “Distúrbio Hiperativo da Infância”. Nesta categoria, os autores limitam-se apenas a reafirmar a importância fundamental dos níveis de atividade, descartando outras pistas úteis adicionais.

Assim, segundo o mesmo autor, as divergências entre americanos e europeus, em relação à caracterização deste distúrbio começam precisamente nessa altura. Nos Estados Unidos, a hiperatividade era fundamentalmente caracterizada por níveis de atividade superiores ao normal, não necessariamente associada a uma patologia cerebral. Na Europa as opiniões foram-se dividindo. Na Holanda, por exemplo que é um dos mais importantes centros europeus de investigação nesta área, havia tendência para seguir a posição americana, ao passo que na Inglaterra, a hiperatividade era encarada com um estado extremo de excesso de atividade, muito pouco comum e frequentemente associado a outros sinais de lesão cerebral. Esta divergência de opiniões originou diferenças consideráveis nos critérios diagnósticos, nas estimativas de prevalência e nas prescrições de tratamento.

Ao longo da década de 60, a hiperatividade continuou a ser encarada como resultante, se não de uma “lesão cerebral” pelo menos de uma “disfunção cerebral”.

Era uma síndrome comportamental que podia ter origem numa patologia orgânica, podendo ainda assim ocorrer na sua ausência (Barkley, 2008).

Mesmo assim, a hiperatividade continuou a ser vista mais como consequência de algum problema biológico, do que como resultado de causas exclusivamente ambientais (Cruz, 2008).

Segundo Lopes (1998a), durante os anos 70 assistiu-se a uma autêntica explosão de estudos em torno desta patologia chegando-se ao final da década com milhares de livros, artigos e textos científicos publicados.

Era evidente, segundo Barkley (2008), que a hiperatividade se tinha tornado claramente um tema de muita atenção profissional, científica e popular.

Ao final da década de 70 assistiu-se a uma mudança radical na conceção do distúrbio. Os níveis de atividade exagerados deixam de ser considerados o aspeto fundamental do distúrbio, emergindo a impulsividade, o défice de atenção, a baixa tolerância à frustração, a distração e a agressividade como aspetos que mais tipicamente o definiriam (Barkley, 2008).

Para esta mudança de orientação em muito contribuiu o trabalho de Virgínia Douglas (1972;1979) citada por Lopes (1998a).

No início dos anos 70 Douglas (1972) citada por Cruz (2008) refere a necessidade de se considerar a desatenção e a impulsividade como os problemas mais persistentes da perturbação e aponta quatro possíveis défices como responsáveis pelos sintomas da PHDA: défices no investimento, organização e manutenção da atenção e esforço; incapacidade em inibir as respostas impulsivas; incapacidade em regular os níveis da atividade para fazer face às situações e uma predisposição inabitual para procurar reforço imediato. Aliados a estes défices principais estão défices secundários como motivação fraca e dificuldades metacognitivas produzindo baixo rendimento escolar nas crianças hiperativas, normalmente inteligentes.

Cruz (2008) afirma que a comunicação de Douglas foi tão influente que iria estar na origem da perturbação ser redefinida como “Perturbação com Déficit de Atenção” em 1980 com a publicação do DSM-III.

Segundo Lopes (1998a), esta denominação elege os problemas da atenção como o sintoma fulcral e não os da atividade motora como havia sido proposto anteriormente.

Se durante a década de 70 houve uma autêntica “explosão” no número de trabalhos publicados sobre a hiperatividade, a década de 80, segundo Lopes (1998b) acentuou ainda mais profundamente essa tendência, tornando-se mesmo este distúrbio o mais estudado na infância.

Lopes (1998b) afirma ainda que, em termos gerais, os anos 80 são caracterizados por um esforço de especificação dos critérios diagnósticos do distúrbio, de estabelecimento de linhas orientadoras para realização de diagnósticos fiáveis e por uma progressiva contestação da ideia de que “défices de atenção” constituem a definição fundamental do distúrbio.

O começo deste período foi, segundo Chaves (1999), marcado pela publicação do DSM-III pela Associação de Psiquiatria Americana em 1980, mostrando ter havido uma reconceptualização radical da perturbação em relação ao DSM II. Nesta revisão, os

défices na manutenção da atenção e no controle do impulso eram agora formalmente reconhecidos como de maior significado no diagnóstico desta patologia. Com ela foram criados muitos mais sintomas específicos, pelos limites numéricos para os sintomas, pelo início da perturbação e duração dos sintomas e pela exclusão de outras perturbações psiquiátricas como essenciais para definir a perturbação.

Segundo Cruz (2008), a década de 90 foi notabilizada pela publicação do ICD-10 (World Health Organization, 1990) e pelo DSM-IV (A.P.A., 1994).

Estes dois sistemas de classificação modernos utilizados em psiquiatria, apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o transtorno, embora utilizem nomenclaturas diferentes (transtorno de deficit de atenção/hiperatividade, no DSM-IV e transtornos hipercinéticos, na CID-10) (Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk, 2000).

Neles a hiperatividade é apresentada como uma perturbação disruptiva caracterizada por padrões persistentes e níveis desadequados de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. Estas características principais distinguem a hiperatividade de outras perturbações tais como as Perturbações da Conduta em que a criança se compromete ao envolver-se em lutas físicas e também os Comportamentos de Oposição em que a criança mostra desobediência.

Assim, segundo Lorente & Encío (2000), estes estudos evidenciam dois factos: a principal perturbação destas crianças é o “défice de atenção” e não o “excesso de atividade motora”. A realidade constata tal facto, pois é verdade que é fácil encontrar muitas crianças com dificuldades de atenção e sem hiperatividade motora; por outro lado, o “excesso de atividade motora” desaparece com o tempo, ao passo que o défice de atenção, normalmente, persiste. Daí que a hiperatividade infantil (incluída como doença no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria) tenha sido denominada de “Perturbação por Défice de Atenção com Hiperatividade”.

Atualmente proliferam ainda os estudos sobre hiperatividade infantil, sendo assim possível conhecer melhor tanto as origens desta perturbação como a sua evolução e tratamento.

Independentemente da sua residência, as crianças com PHDA e respetivas famílias beneficiam de um imenso volume de investigação realizada em centros, por todo o mundo e de uma vasta gama de literatura, vídeos e equipamento direccionado para auxiliar pais e professores a cuidarem de crianças com TDAH (Selikowitz, 2010).

Para melhor se compreender esta sequência de acontecimentos sobre a evolução histórica do conceito da hiperatividade propomos o esquema de Lerner & Lerner (1991), apresentado no quadro 1, citados por Cruz (2008).

DATA	TERMINOLOGIA	FONTE	CARACTERÍSTICAS
1941/ 1947	Síndrome de lesão cerebral	Werner & Strauss (1941), Strauss & Lehtinen (1947)	- Hiperatividade, distratibilidade, impulsividade, emocionalidade, frequentemente instável
1962	Disfunção Cerebral Mínima	Clements & Peters	- Indicadores neurológicos ligeiros, défices específicos na aprendizagem, hipercinésia, impulsividade, tempo curto de atenção.
1968	Reacção hipercinética da infância	DSM-II	- Hiperatividade
1980	Perturbação com défice de atenção com hiperactividade (Attention deficit disorder with hyperactivity ADHD) Perturbação com défice de atenção sem hiperatividade	DSM-III	- Desatenção, impulsividade, hiperactividade motora. - Início antes dos 7 anos de idade. - Duração de pelo menos 6 meses - Desatenção, desorganização, dificuldade em acabar as tarefas.
1987	Perturbação hiperactiva com défice de atenção ( Attention deficit hyperactivity disorder ADHD) Perturbação indiferenciada com défice de atenção (Undifferentiated attention deficit disorder U-ADD)	DSM-III-R	- Qualquer um dos 8 sintomas de um conjunto de 14. - Desatenção significativa e desenvolvimento inapropriado
1992	Perturbação hipercinética	ICD-10	- Início antes dos 6 anos de idade; - Combinação de hiperactividade, comportamento deficientemente regulado com desatenção significativa e falta de persistência no envolvimento das tarefas; - Generalização da hiperactividade em várias situações e persistência ao longo do tempo, no mínimo 6 meses.
1994	Perturbação hiperactiva/ défice de atenção	DSM-IV	- 6 ou mais dos 9 sintomas de desatenção, ou 6 ou mais dos 9 sintomas de hiperactividade-impulsividade; - Persiste durante pelo menos 6 meses; - Sintomas desadaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento; - Os sintomas devem estar presentes em 2 ou mais contextos, por exemplo, escola e casa.

**Quadro 1:** Evolução histórica do conceito de hiperatividade

**Fonte:** Cruz (2008)

### **2.3. Etiologia da PHDA**

Um dos desafios que têm sido lançados tanto pelos profissionais que trabalham com crianças como pelos pais que têm filhos com estes problemas é o de determinar a origem da hiperatividade (García, 2001).

Falardeau (1997) afirma que durante quase 50 anos foram apresentadas muitas hipóteses no sentido de dar uma explicação para a existência da hiperatividade.

Sabe-se que as causas que conduzem à PHDA são múltiplas, não são muito claras e podem apresentar-se muito variadas por estarem dependentes de diversos fatores. Apesar de cada um desses fatores mostrar alguma evidência empírica, isso só por si não argumenta que eles sejam necessários ou suficientes no aparecimento da hiperatividade (Cruz, 2008).

Etiologicamente, esse transtorno é considerado um fenótipo complexo e de herança multifatorial, na qual ocorre a participação tanto de genes como de agentes ambientais para a manifestação dos sintomas (Neto, 2010).

Já Lopes (2004) está convencido que atualmente a comunidade científica aceita que a causa da PHDA terá mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo, do que propriamente com fatores do meio; isto quererá dizer que a PHDA parece estar muito mais relacionado com o anormal desenvolvimento do cérebro, decorrente de fatores hereditários, do que de fatores ambientais.

Nesta linha de pensamento Bonnet & Bréjard (2008) afirmam que atualmente não há consenso quanto a esta origem tanto no seio científico como no seio clínico.

Torna-se por isso, difícil, na maioria dos casos, determinar uma etiologia precisa, devido à heterogeneidade das perturbações e das comorbilidades associadas (Dumas, 2002) citado por (Bonnet & Bréjard, 2008).

A dificuldade que se sente em identificar os agentes causais do distúrbio deve-se, em parte, ao facto de as crianças hiperativas constituírem um grupo muito amplo e diverso no que diz respeito aos comportamentos que manifestam e aos seus fatores etiológicos. Por exemplo quando os especialistas conseguem identificar um fator que mantem relações fiáveis com a hiperatividade, descobre-se de seguida que este apenas exerce influência num pequeno grupo de crianças hiperativas, tornando o seu valor causal limitado (García, 2001).

Neste contexto importa mencionar a opinião de Barkley (2002) ao afirmar que o conhecimento dos especialistas relativamente ao modo como a multiplicidade de causas

influenciam o cérebro e o comportamento têm progredido imensamente desde a metade dos anos 80. Segundo ele, é muito importante os especialistas terem aprendido que certas coisas antes pensadas como causa da PHDA, atualmente já não tem qualquer valor.

Parker (2003) complementa dizendo que têm sido propostas na literatura muitas teorias para explicar a causa da desordem por défice de atenção. A maior parte delas sofreu o averiguação da ciência, tendo umas sido aceites pelo mérito apresentado e outras rejeitadas por não apresentarem legitimidade científica. Contudo, Falardeau (1997) diz que mesmo tendo alguns estudos mostrado inexatidão, ainda continuam a ter os seus adeptos.

Por quase cem anos, os cientistas suspeitaram que o que atualmente se chama PHDA estava possivelmente relacionada com causas neurológicas, ou seja era causada por alguma lesão cerebral. Esta lesão cerebral foi sugerida ocorrer como consequência de infeções cerebrais conhecidas, trauma, ou outras lesões ou complicações ocorridas durante a gravidez (Cruz, 2008).

Parker (2003) e Rief & Heimburge (2000) argumentam que existem cada vez mais provas que sugerem que estas crianças podem ter qualquer tipo de disfunção em regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção, ao estado de vigília e à atividade.

Os investigadores chegaram a esta conclusão, porque perceberam semelhanças marcantes de problemas de comportamento entre crianças com PHDA e pessoas que sofreram lesões na porção frontal do cérebro (zona responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, pelo emprego do autocontrolo e pelo planeamento do futuro) (Barkley, 2002).

Segundo Bonnet & Bréjard (2008), os estudos sobre o papel dos fatores neurobiológicos na hiperatividade expandiram-se formidavelmente na década de 1990 e o seu principal objetivo era despistar perturbações das estruturas cerebrais implicadas na inibição e na regulação dos comportamentos.

A partir desta ideia investigou-se até que ponto as crianças com atividade motora excessiva, inquietude e falta de atenção apresentam alterações cerebrais, mas até ao momento as tentativas efetuadas para relacionar este distúrbio de comportamento com lesões localizadas no cérebro não obtiveram resultados satisfatórios. As hipóteses que se utilizam atualmente indicam que as lesões no cérebro, mais do que provocar distúrbios

específicos e, concretamente a hiperatividade, exercem a sua influência mediante uma maior vulnerabilidade da criança aos problemas psicológicos. Assim, isto significa que as lesões físicas do cérebro não são necessariamente causas de comportamentos hiperativos (García, 2001).

Barkley (2002) refere ainda que as pesquisas científicas atuais, sobre as causas para a PHDA têm focado lesões cerebrais ou desenvolvimento cerebral anormal, mas o autor chama a atenção para o facto de haver muito menos crianças com PHDA portadoras de lesões cerebrais e mais com desenvolvimento anormal do cérebro.

Lorente & Encío (2000) vêm contrapor esta ideia de “lesão cerebral”, bem como “lesão cerebral mínima” argumentando que são termos inexatos e imprecisos, já que a criança hiperativa não tem nenhuma lesão cerebral orgânica demonstrável e estes termos levam muitos pais a concluir que os seus filhos têm um “mal irreversível” no seu sistema nervoso.

Uma outra causa apresentada por diversos autores é de ordem genética. A investigação genética, neste campo conheceu, segundo Parker (2003), um grande desenvolvimento, nos últimos cinco anos.

Também Falardeau (1997) diz que muitos investigadores estudaram, nos últimos dez anos o funcionamento do cérebro dos hiperativos.

Estas investigações centraram-se nos genes específicos que podem estar envolvidos.

Simplificando, há certas características como a cor da pele, a altura ou mesmo formas de deficiência mental que estão relacionadas com a maior ou menor produção de substâncias químicas no organismo e o metabolismo dessas substâncias químicas está determinado por genes específicos. Os dados das últimas investigações indicam que as crianças hiperativas não têm qualquer defeito nos neurónios, mas sim nos neurotransmissores (Lorente & Encío, 2000).

Por isso certos genes poderão estar envolvidos na regulação da libertação dos neurotransmissores ao nível cerebral, que podem estar relacionados com a PHDA (Madureira et al. 2007)

Nielsen (1999) e Sauvé (2006) concordam com esta ideia, ao afirmarem que em alguns casos, a PHDA é causada por um desequilíbrio químico que faz com que certos neurotransmissores, os químicos responsáveis pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição que regulam a eficácia do cérebro no controlo do comportamento, se

revelem deficientes, ou seja a informação que as células partilham entre si não se encaminham de forma normal, nas crianças que apresentam um défice de atenção e hiperatividade. Por essa razão, Falardeau (1997) diz que os hiperativos são vítimas dessa disfunção de transmissores neurais, em especial a dopamina que estando deficiente dá origem a um abrandamento da transmissão entre células. Por sua vez esse abrandamento diminuirá a atividade na zona do cérebro afetada. Esse abrandamento cerebral está na origem do controlo da atenção, da impulsividade, da motricidade, controlo da obediência às regras e controlo do rendimento no trabalho.

Barkley (2002) e Lorente & Encío (2000) vêm salvaguardar que esta ideia de que a PHDA seja causada por fatores neurobiológicos permanece promissora, pois existem diversas correntes que a sustentam, contudo não foi ainda comprovada definitivamente. Ainda que esta pareça ser a hipótese que mais se ajusta à realidade destas crianças, trata-se, de momento, de uma mera possibilidade de explicação.

Barkley (2002) aponta também o papel da hereditariedade. O autor acrescenta que esta teoria poderá ser aceite, porque durante muitos anos ficou claro que os familiares biológicos de uma criança com PHDA apresentavam mais problemas psicológicos como depressão, alcoolismo, transtornos de conduta ou de comportamento antissocial e hiperatividade, do que os familiares de crianças sem PHDA. Assim, estudos que avaliam diretamente todos os membros imediatos de uma família com PHDA, são a evidência mais clara de que a PHDA pode ser herdada e determinam o risco de outros membros da família, caso um deles seja diagnosticado. Estudos com gémeos são ainda mais convincentes. Os cientistas verificaram que, se um gémeo apresenta sintomas de PHDA, o risco do outro ter o transtorno é de 80-90%.

Também Madureira et al. (2007) apresentam o mesmo raciocínio acrescentando que existem evidências crescentes de uma base genética para esta perturbação e que mostram uma hereditariedade estimada em 65 a 90%.

Também as causas pré-natais e perinatais têm sido salientadas como causas relacionadas com os transtornos da conduta infantil, ou seja, o meio ambiente pré-natal e as complicações surgidas durante a gravidez são postas em causa (García, 2001).

O mesmo autor afirma que são vários os autores que defendem que os partos prematuros e o baixo peso à nascença têm uma influência negativa sobre os problemas de conduta infantil. Quanto mais prematuros forem, mais marcadas serão as diferenças a longo prazo e menores serão as possibilidades de se desenvolverem adequadamente.

Para alguns peritos, crianças prematuras que sofreram de anoxia, durante o parto, ou de infecções neonatais têm muitas possibilidades de desenvolver problemas comportamentais e hiperatividade. No período pré-natal, as variáveis que têm suscitado mais interesse entre os investigadores, relativamente aos problemas de conduta observados na infância, são o consumo de tabaco, o abuso do álcool e o stress psicológico da mãe grávida. O hábito de fumar, durante a gravidez vai desencadear, para além de problemas cardíacos à criança, também baixo peso à nascença e o abuso do álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações no comportamento e atraso psicomotor.

Não obstante, a influência destas causas não é universal nem determinante, pois embora incidam em determinados aspetos problemáticos, o seu efeito não é definitivo, pois resultados de diferentes trabalhos mostram que estas causas pré e perinatais não afetam igualmente todas as crianças prematuras ou com baixo peso à nascença (García, 2001).

Nielsen (1999) e Madureira et al., (2007) defendem também esta teoria e acrescentam ainda que há também investigações que revelam o facto de algumas desordens estarem ligadas à exposição fetal ao chumbo.

Barkley (2002), baseado nos diversos estudos já realizados em torno desta teoria, apresenta a mesma ideia argumentando que níveis altos de chumbo, no organismo das crianças jovens, lesam o tecido cerebral e podem estar associados a maior risco de comportamento hiperativo e desatenção, especialmente quando a exposição ao chumbo ocorre os 12 e os 36 meses de idade. Assim, tal como o álcool e o tabaco, o chumbo revela-se uma toxina para o cérebro, devendo ser portanto encarado como causa potencial de desatenção e hiperatividade.

O mesmo autor apresenta ainda outras teorias que foram avançadas ao longo dos tempos; teorias que o autor considera como sendo meramente um mito, uma vez que nunca houve qualquer base científica para elas.

Nos anos 70 e início dos 80 a ingestão de produtos químicos e aditivos nos alimentos seria uma causa para este transtorno, pois segundo Falardeau (1997) um especialista em alergias chamado Feingold demonstrou que mais de 50% dos casos de hiperatividade eram provocados por corantes e conservantes, estabelecendo uma dieta onde havia ausência desses aditivos. Contudo esta ideia tornou-se insignificante, porque

nenhuma das investigações conduzidas sobre a dieta de Feingold mostrou alterações no comportamento das crianças estudadas.

Também a ingestão de açúcar foi, segundo Falardeau (1997) uma nova hipótese. Contudo, o autor explica que é legítimo que o açúcar refinado, quando consumido em grandes quantidades, é um estimulante, tal como a cafeína presente no café, no chá, no chocolate, etc., podendo provocar assim um aumento da atividade motora, mas esta nada tem a ver com a hiperatividade. Para além disso, o mesmo acontece com as demais crianças. Não houve, por isso qualquer estudo científico que servisse de suporte a essa afirmação.

Lorente & Encío (2000) apresentam a sua opinião relativamente a esta causa ressaltando igualmente que não foi ainda possível confirmar tal. Há quem já tenha explicado a hiperatividade como uma reação alérgica a certo tipo de alimentos, como o açúcar e os condimentos em geral. Na sua opinião, a modificação do regime alimentar sem condimentos nem açúcar não irá corrigir a hiperatividade, nem dar origem ao seu desaparecimento.

Outra teoria apresentada foi a teoria dos fungos que podem viver no organismo. Esta teoria defendia que os fungos libertam toxinas que irritam o cérebro e o sistema nervoso, enfraquecendo o sistema imunológico do organismo. Hoje, nem mesmo raras amostras de evidência clínica sugerem e apoiam esta teoria (Barkley,2002).

Falardeau (1997) apresenta uma outra hipótese. A que culpabiliza o meio ambiente. Durante muito tempo, pensou-se que o ambiente social e em especial o familiar seriam responsáveis pela hiperatividade. Um estudo permitiu verificar que a maior parte dos pais de crianças hiperativas gritavam e castigavam os seus filhos com mais frequência, raramente lhe davam recompensas e pouco brincavam com eles, o que levava a concluir que tal atitude desempenhasse um papel fundamental na génese da hiperatividade, mas rapidamente se provou que não.

Parker (2003) complementa afirmando que os métodos utilizados pelos pais na educação dos seus filhos irão afetar o comportamento e o desenvolvimento da criança, podendo contribuir para os problemas de uma criança com PHDA, mas nenhum estudo comprova que constituem a causa desta patologia.

A este respeito há que notar que um ambiente familiar desestruturado, onde reina a ansiedade pode acentuar a hiperatividade da criança, mas não originá-la (Lorente & Encío, 2000).

O excesso de tempo em frente à televisão foi também uma teoria lançada nos últimos anos, mas considerou-se ser meramente folclórica pois é difícil acreditar que ver televisão em excesso diminua a atenção de uma pessoa. Também nunca existiram estudos científicos que comprovassem que crianças com PHDA veem mais televisão que crianças normais (Barkley, 2002).

Na opinião de Bonnet & Bréjard (2008), atualmente a hiperatividade é considerada consequência da interação entre três grandes tipos de fatores: biológicos, psicológicos e sociais.

Pelo exposto e apesar de, até ao momento, a causa da PHDA permanecer desconhecida, há algum consenso entre investigadores: é um problema médico de foro neurológico.

São vários, os autores que referem que a literatura científica atual não refere qualquer relação significativa entre a alimentação, as alergias, os açúcares, os corantes, os aditivos com a hiperatividade/défice de atenção, nem como causa nem como cura possível da hiperatividade. (Parker, 2003; Barkley, 2002).

Parker (2003) afirma ainda que na maior parte dos casos, a causa específica é muitas vezes indetetável e permanece sem explicação, pois não é possível encontrar evidências de complicações pré-natais, de doença, de lesões ocorridas na cabeça ou de distúrbios no desenvolvimento.

Concluimos este ponto com Barkley (2002) afirmando que o que se sabe é que esta patologia é extremamente complicada e que pode tornar o dia-a-dia num grande desafio. Pela sua natureza cria relações adversas entre a criança e todos à sua volta. As rotinas mais comuns de um dia normal podem parecer uma série de batalhas. Sabendo mais sobre esta perturbação é possível tornar a vida mais fácil e faz com que acreditemos que é impossível lutar contra o inevitável.

#### **2.4. Perspetiva evolutiva dos comportamentos da criança e impacto na sua vida**

Iniciamos com a ideia de Barkley (2002) que diz que a PHDA evolui à medida que a criança cresce e é necessários mudar a forma como lidamos com ela. Uma estratégia que aos seis anos de idade funcionou muito bem, aos 16 anos pode não ter o mesmo sucesso. O mesmo autor mostra que 80% das crianças com PHDA continuarão a ter a doença na adolescência e entre 30 a 65% continuarão a apresentá-la na fase adulta.

Chaves (1999) e García (2001) referem que durante as primeiras fases da infância, antes da etapa pré-escolar, muitas crianças hiperativas apresentam dificuldades no nível de atividade, na alimentação tendo frequentemente cólicas, no sono, acordando facilmente à noite para ficarem várias horas acordados. Revelam também intolerância à estimulação e ao afeto físico. Durante este período, elas podem ser agitadas, irritáveis e difíceis de acalmar, podem estar também mais passíveis de apanhar infecções do que as outras crianças.

Lorente & Encío (2000) acrescentam que, na prática, são crianças impossíveis de contentar. Os pais têm de repetir muitas vezes as mesmas coisas até a criança se convencer que tem que obedecer. O autor elege a desobediência como o primeiro fator a ser percebido.

No período entre os dezoito meses e os três anos estas crianças mostram comportamentos muito difíceis. A tendência normal do desenvolvimento a explorar o ambiente e a começar a ter alguma independência está combinada com tempos de atenção curtos, mostrando muita instabilidade. Mostram impulsividade e um elevado grau de agitação e hiperatividade, sendo necessário muita prevenção para assegurar a sua proteção (Chaves, 1999).

No período compreendido entre os quatro e os seis anos, os professores detetam rapidamente que o comportamento da criança hiperativa interfere na sua aprendizagem e que é desigual em comparação com os colegas que não são hiperativos. Normalmente, esta é a altura em que se deteta a hiperatividade (Lorente & Encío, 2000).

Segundo Chaves (1999), durante a fase pré-escolar, a criança hiperativa tem tendência a aumentar a desobediência e a agressividade, a apresentar maior intolerância às situações de frustração e a vivenciar dificuldades crescentes na relação social com os colegas. Barkley (2002) afirma que para os pais é muito angustiante colocar uma criança com PHDA na pré-escola devido às reclamações pelo comportamento disruptivo da criança.

Nesta fase, os pais descrevem-nas como sendo impacientes, fazendo tudo muito rápido parecendo estar ligadas a um motor, subindo frequentemente pelas paredes e metendo-se em assuntos alheios. Mostram muita persistência nas suas vontades. Irritam-se facilmente, mostram baixa adaptação, tristeza e mostram-se aflitas (Barkley, 2002).

Para o professor, a criança hiperativa assinala-se pela inquietação, a impulsividade, a falta de atenção, a agressividade e desobediência. Perante estes

comportamentos, o professor avisa que algo se passa aconselhando os pais a recorrer a um psicólogo (Lorente & Encío, 2000).

Podem tornar-se manifestamente provocadoras para o adulto podendo ocorrer problemas gerais de conduta em público, expondo os pais a situações desagradáveis. A utilização de formas físicas de disciplina e as técnicas de castigo tradicional podem aumentar o nível de agressão recíproca, terminando num ou mais incidentes de abuso à criança e como nesta idade não relacionam o castigo com a sua má conduta, culpam os irmãos ou os companheiros de todos os seus problemas (Lorente & Encío, 2000; Chaves, 1999).

A fase da entrada para a escola é algo medonho para os pais e para as próprias crianças com PHDA. Terá uma duração mínima de 12 anos e a criança irá durante todo esse tempo sentir o peso das suas incapacidades: ficar sentado, ouvir, obedecer, não mostrar o seu comportamento impulsivo, organizar-se, cooperar com os seus companheiros, seguir instruções, partilhar, brincar e interagir como outros de forma adequada. Todos estes fatores são essenciais para uma boa realização académica e a criança com PHDA sente-se incapaz de os praticar (Barkley, 2002).

Chaves (1999) conta que na fase da escola primária os problemas de comportamento continuam a manifestar-se, em casa, na escola e na comunidade. Os pais são frequentemente confrontados com a escola, por causa dos comportamentos dos filhos. Em casa queixam-se de que os seus filhos não aceitam fazer tarefas domésticas e descartam responsabilidades (Barkley, 2002).

Chaves (1999) continua, afirmando que a identificação dos problemas escolares acontece nos primeiros anos da escolaridade, sendo eles mais comuns na leitura e na escrita. Algumas crianças poderão progredir normalmente, ao passo que outras poderão apresentar progressos abaixo da média.

Lorente & Encío (2000) enfatizam a ideia de que a partir dos sete anos, se a criança não for ajudada é possível desencadear-se uma depressão, como consequência da sua incapacidade para se adaptar às exigências paternas, escolares e dos seus companheiros.

Estas crianças são muitas vezes rejeitadas pelos colegas devido à agressividade e aos problemas de comportamento, pois quando se dispõem a brincar com outras crianças, acabam sempre por discutir. A criança hiperativa não aceita perder, nem é capaz de seguir as regras de um jogo e a sua conduta é mais violenta e inquisitiva do

que a de qualquer outra criança, pelo que costuma prejudicar os seus companheiros (Lorente & Encío, 2000).

Chaves (1999) e Lorente & Encío (2000) reforçam ainda que problemas como mentir repetidamente e furtar podem aparecer durante este período. O raciocínio da criança hiperativa diz-lhe que se quer algo, está no pleno direito de o ter e devolvê-lo-á depois. Estes comportamentos são bastante impulsivos e se por acaso a criança for surpreendida ela pode denegar a responsabilidade e culpar os outros colegas. Este comportamento, pelas suas implicações éticas, acaba por ter consequências negativas para os pais que são acusados pelos professores e pelos pais dos outros meninos de não saberem inculcar os valores morais ao seu filho.

No período compreendido entre os 11-13 anos, os défices nas competências escolares continuam, tornando o fracasso escolar mais acentuado. (Lorente & Encío, 2000; Chaves, 1999).

É importante frisar o raciocínio de Lorente & Encío (2000) ao afirmarem que nesta idade, a criança hiperativa começa a manifestar dificuldades de aprendizagem, salvo duas exceções: os que trabalham diariamente com os pais no reforço das aprendizagens básicas anteriores, sendo possível nestes casos, que as dificuldades de aprendizagem da criança hiperativa passem despercebidas aos professores e os que possuem um alto nível de inteligência, podendo superar os anos de escolaridade com mais esforço do que os seus colegas. Nestes casos, as crianças progredem com classificações de suficiente, que não recompensam o esforço despendido. Por conseguinte, os professores não percebem o esforço dispensado e estas crianças ficam cada vez mais desmotivadas para as aprendizagens.

As relações entre colegas continuam a ser fracas. É frequente a criança hiperativa apresentar problemas crescentes com baixa autoestima e depressão. Pode ocorrer um aumento no comportamento agressivo que a criança revela, particularmente na forma de episódios explosivos em reação ao stress e frustração (Chaves, 1999). Barkley (2002) reforça ainda que durante esta fase pode haver uma diminuição de expectativas de sucesso futuro e preocupações sobre a conclusão dos estudos e aceitação social.

Lorente & Encío (2000) acrescentam que durante esta idade a criança hiperativa ocupa o primeiro plano da sua turma. Não é capaz de acatar as regras impostas pela escola. Os professores não conseguem entender a causa desta conduta e começam a

formar juízos de valor. Para os professores é um "mal-educado, ou um "baldas" e os pais são os responsáveis. Esta situação aumenta o sentimento de culpa e de ineficácia dos pais, enfraquecendo a relação entre a escola e a família. Muitas vezes, os professores consideram a criança hiperativa muito imatura e propõem aos pais que repita o ano.

No estágio que decorre dos 13-18 anos, os problemas associados com a hiperatividade poderão, segundo Chaves (1999) diminuir significativamente podendo mesmo ser inexistentes na fase adulta. Todavia, o autor acrescenta que a maioria das crianças poderão continuar a ter problemas na fase adulta.

Não obstante, Lorente & Encío (2000) acrescentam que os problemas próprios da adolescência (rebeldia, mal-estar, instabilidade emocional, confusão em geral) acentuam-se na adolescência hiperativa. A relação entre pais e filho torna-se mais sensível, pois o adolescente hiperativo discute com facilidade, desafia e é implacável face aos seus caprichos. Também o rendimento académico baixa deteriorando a relação com os professores. Nesta etapa da vida, os pais dos adolescentes hiperativos enfrentam graves problemas tais como: o abuso do álcool ou qualquer outra droga, já que para eles, algumas delas têm um efeito sedativo; o abuso de experiências sexuais, já que ele é impulsivo e não tem maturidade suficiente para compreender e integrar na sua vida o desenvolvimento sexual realizando atos sexuais inadequados; e ainda, os acidentes rodoviários, já que o adolescente hiperativo é muito imprudente, procurando o perigo e não antecipando as consequências dos seus atos.

## **2.5. Características da hiperatividade**

Antes de passarmos à descrição das características da criança hiperativa é pertinente refletirmos sobre as seguintes questões:

*“A criança hiperativa não tem, durante a infância, um comportamento extravagante, estranho ou pouco usual. Os comportamentos que manifesta são desestabilizadores apenas pela frequência, a sua excessiva intensidade e a inoportunidade com que acontecem.*

*Estas crianças têm mais dificuldade em controlar a sua conduta quando estão com outras crianças do que quando estão sozinhas. Isto deve-se à sua dificuldade em manter a atenção e à grande facilidade com que se distraem. Quando está sozinha, a criança converte-se, involuntariamente, no centro das atenções, sendo-lhe mais fácil estar motivada para estar atenta.*

*Nem todas as crianças hiperativas manifestam todas as características que a seguir se descrevem. Sem dúvida que as dificuldades de atenção, a impulsividade e a hiperatividade (que são traços comuns a todas as crianças hiperativas) costumam estar presentes, ainda que se manifestem com uma intensidade muito diferente em cada criança” (Lorente & Encío, 2000, p. 11).*

Neto (2010) afirma que para se poder caracterizar o quadro como PHDA, os sintomas não se devem manifestar isoladamente. É necessário que eles estejam presentes ao longo da história da vida da pessoa em questão de forma persistente e que causem prejuízos significativos, nas suas atividades diárias, em mais de um contexto, como por exemplo: em casa, na escola, no trabalho, nas atividades de lazer, etc....

García (2001) e Cruz (2008) dizem que em relação à descrição do comportamento das crianças hiperativas há um acordo generalizado. Para eles a maior parte dos autores elegem como características que definem as crianças hiperativas a atividade motora excessiva, o baixo poder de atenção e a impulsividade. Neto (2010) e Sosin (2006) dizem mesmo haver uma tríade sintomatológica clássica para caracterizar o transtorno de défice de atenção/hiperatividade: desatenção, hiperatividade e impulsividade.

No entanto, Lopes (1998b) diz que para além desses problemas há também um conjunto amplo de “problemas associados” denominados de “co mórbidos”. O autor explica que esta denominação se deve ao facto de apesar serem muito frequentes nem todas as crianças os exibem e por essa razão não são considerados para efeitos de diagnóstico.

García (2001) nomeia alguns desses problemas associados que são menos específicos: problemas de conduta, dificuldades de aprendizagem, problemas emocionais e problemas de interação em casa e na escola.

Na opinião de Madureira et al. (2007), a maioria das crianças com PHDA sente uma grande angústia por não ter capacidade de controlar e prestar atenção aos pormenores, pois muitas vezes apresentam maus resultados escolares, são culpabilizados pelos pais e pelos professores, por essa situação e muitas vezes rejeitados pelos pares. Assim, apresentam uma baixa autoestima, procurando o isolamento social.

Passemos então a descrever esses principais sintomas da PHDA e algumas das co morbilidades a ele associadas para que possamos perceber o seu impacto na vida das crianças e adolescentes. Contudo, abraçando a ideia de Barkley (2008), é necessário

sabermos estabelecer a relação entre sintoma e comprometimento de forma a podermos fazer uma interpretação dos conceitos de forma inequívoca.

O autor refere que o termo “sintoma” se refere a um comportamento apresentado pela criança, (ex.: agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira) e que este termo deve ser distinguido do termo “comprometimento” que significa consequências ou resultados de sintomas (ex.: reprovação, suspensão escolar, acidentes automobilísticos, etc.)

Parker (2003) refere que para se poder qualificar para diagnóstico, um indivíduo, este deve apresentar um determinado número de sintomas de desatenção, hiperatividade ou de impulsividade explanados no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais).

### **Défice de atenção**

Cruz (2008) explica que “atenção” é um conceito utilizado para representar uma relação entre um estímulo do ambiente e a resposta da criança a esse estímulo. Assim, verifica-se que há desatenção por parte da criança quando há diminuição na relação entre o estímulo e o comportamento da criança.

Na opinião de Parker (2003) a falta de atenção é normalmente o sintoma que causa maiores problemas na escola. Diz também ser menos evidente que a hiperatividade e que a impulsividade. Madureira et al. (2007) afirmam estar sempre presente na criança hiperativa, embora por vezes não seja claramente visível.

A inatenção é também, segundo Sosin (2006), o sintoma que notoriamente causa mais prejuízos quer ao aluno quer ao professor. Cruz (2008) diz que é muito significativa a desatenção das crianças hiperativas em relação às crianças normais da mesma idade e sexo.

Também Lorente & Encío (2000) defendem que a dificuldade em manter a atenção durante determinados períodos de tempo é o que mais caracteriza a criança hiperativa. Acrescentam que essa situação facilmente se verifica em casa quando a criança mostra incapacidade em seguir as indicações que lhe são dadas. O mesmo se passa na escola, onde a criança é incapaz de se concentrar na realização das tarefas que se estendem por alargados períodos de tempo.

O Déficit de Atenção é caracterizado por Neto (2010) como uma sensibilidade muito grande a estímulos, levando à renovação do foco de atenção com muita

facilidade, ou seja por vezes qualquer pormenor desvia a atenção da criança. Lorente & Ávila (2000) reforçam que a criança hiperativa é muito mais vulnerável aos estímulos ambientais do que qualquer outra criança. Assim, segundo Neto (2010), a capacidade de se manter concentrado numa determinada tarefa por muito tempo está comprometida.

Sob o ponto de vista de Selikowitz (2010), as dificuldades em estar atento fazem com que o aluno pareça estar ausente, embora esteja presente fisicamente na sala de aula. As descrições vulgarmente utilizadas incluem termos como “vago”, “sonhador” e de “olhos vidrados”.

Sosin (2006) refere que quanto mais envolvido e interessado o professor se mostrar em relação à matéria, menor é a probabilidade dos alunos (mesmo os não hiperativos) se deixarem absorver pelo mundo do professor. O mesmo acontece quando ele é pouco explícito. Os alunos com PHDA perdem-se e não conseguem retomar o caminho. Madureira et al. (2007) vêm ao encontro desta perspetiva quando dizem que os sintomas de desatenção se agravam significativamente quando o aluno tem que manter a sua atenção em situações pouco apelativas e sem carácter de novidade, como por exemplo ouvir o professor durante a aula.

Também Neto (2010) afirma que as crianças e adolescentes com esse défice revelam muitas dificuldades em manter a atenção na sala de aula, deixam as tarefas escolares incompletas, cometem erros por não terem prestado atenção aos detalhes, têm dificuldades em seguir instruções, principalmente se estas forem dadas numa sequência, são desorganizadas com o seu material e exigem uma atenção redobrada por parte do professor, esquecem-se facilmente das tarefas do quotidiano, perdem objetos com facilidade, parecem ausentes em certos momentos, parecendo não ouvir quando são interpeladas. Madureira et al. (2007) complementam, afirmando que estas crianças têm dificuldade em prestar atenção a dois estímulos em simultâneo, como por exemplo ouvir o professor e estar atento ao quadro, evitam tarefas que exijam esforço mental maior e mantido.

Selikowitz (2010) acrescenta que o défice de atenção é maior na atenção auditiva, ou seja quanto precisam ouvir, do que na atenção visual, quando precisam de ver.

Contudo, é possível manter por mais tempo a tenção dirigida, diminuindo a gravidade do problema se as atividades forem intrinsecamente interessantes e repletas

de estímulos. Os jogos de computador e de vídeo, a televisão são exemplos de atividades do seu gosto e que são suscetíveis de atenuar este problema (Neto, 2010).

Apesar de muito afetada por estados de desatenção, a criança hiperativa é capaz de reservar uma “dose” da sua atenção para aplicar quando realiza atividades que lhe são extremamente agradáveis. Por outro lado, quando supervisionadas de perto poderão apresentar estados normais de atenção (Parker, 2003).

Em suma, o transtorno de défice de atenção é segundo Rief & Heimburge (2000) descrito pela comunidade científica como uma “ineficácia neurobiológica” na área do cérebro que controla os impulsos, avalia os estímulos sensoriais e foca a atenção.

Devido ao facto de existirem algumas crianças que apresentam problemas de atenção e não serem hiperativas, a American Psychiatric Association criou em 1980 dois subtipos de transtornos de atenção (TDA) que foram a TDA com e sem hiperatividade. Em 1994 com a publicação do DSM-IV conservou-se a noção de subtipos sendo incluídos os três tipos de que falamos anteriormente: um tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, um tipo predominantemente desatento e um tipo combinado (Barkley, 2002), pois segundo Parker (2003) há pessoas com défice de atenção que são hiperativas e impulsivas, outras que são mais afetadas por estados de desatenção e outras que combinam os três traços.

Uma criança com PHDA que se insere no subtipo predominantemente desatento exhibe pelo menos seis das características descritas seguidamente (Quadro 2). Estes sintomas de falta de atenção são baseados nas orientações do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da American Psychiatric Association, quarta edição (DSM-IV), que são os que atualmente são recomendados (Parker, 2003).

<b>Critérios para diagnóstico do transtorno de déficit de atenção a partir do DSM-IV</b>
<p>A – (1) e/ou (2):</p> <p>1 – Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de <b>desatenção</b> persistem por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento mental:</p> <p><b>Falta de atenção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Frequentemente, a criança não presta atenção aos pormenores ou comete erros por descuido, nas atividades escolares, de trabalho ou outras;</li> <li>b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;</li> <li>c) frequentemente parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra;</li> <li>d) com frequência não segue instruções, não termina os seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)</li> <li>e) com frequência tem dificuldades para organizar tarefas e atividades;</li> <li>f) com frequência evita, antipatiza, ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);</li> <li>g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis livros ou outros materiais);</li> <li>h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;</li> <li>i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.</li> </ul>

**Quadro 2:** Critérios para o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção

**Fonte:** DSM-IV-TR, p. 92

### **Hiperatividade/ Impulsividade**

Barkley (2006) diz que a segunda dimensão de sintomas é a impulsividade e a hiperatividade a ela associada.

Nem todas as crianças com déficit de atenção são hiperativas ou impulsivas, mas também não é descartada a possibilidade de o serem e quando o são, não passam despercebidas, pois, normalmente, as que são hiperativas mostram um excesso de atividade em muito mais situações do que os seus pares que não o são (Parker, 2003).

Lopes (2004) acrescenta que uma criança com PHDA, normalmente apresenta níveis de atividade substancialmente superiores quer ao nível motor, quer ao nível vocal.

A hiperatividade, segundo Madureira et al. (2007) reflete-se numa atividade quase permanente e incontrolada tornando-se muito evidente nas situações em que é esperado que a criança mostre tranquilidade.

Neto (2010) diz ser caracterizada pela “inquietação psicomotora excessiva levando à dificuldade de permanecer por tempo prolongado em atividades mais longas ou com pouca movimentação” (p. 147). O mesmo autor refere que estas crianças

manifestam preferência por brincadeiras mais ativas rejeitando, por norma, as de caráter mais tranquilo.

O que descreve este sintoma é, segundo Lopes (2004): o movimento permanente das mãos e das pernas, uma grande dificuldade em estarem quietas ou simplesmente pararem para descansar e acima de tudo a impertinência, ou seja, o fato de estes comportamentos serem exibidos em momentos desajustados. Neto (2010) acrescenta que falam demasiado, sem ter em conta a situação, correm frequentemente e sobem pelo mobiliário “a todo o vapor”.

Na opinião de Barkley (2006) as crianças que manifestam desinibição comportamental (impulsividade) e hiperatividade têm como características as seguintes: respondem de forma rápida sem que sejam concluídas as instruções ou mesmo sem perceberem, errando sistematicamente; não têm em conta as consequências negativas de alguns dos seus atos, correndo riscos desnecessários, pois já aconteceram muitos casos de envenenamento e lesões acidentais, como também danificação e até destruição dos bens alheios; o tempo de espera em filas para qualquer atividade é sempre problemático para elas, quando incentivadas, com recompensa para completar um objetivo a longo prazo, na maior parte das vezes optam por uma recompensa menor e imediata, porque exige menos trabalho, aplicam o mínimo de esforço possível nos trabalhos; enquanto esperam cumprimento de promessas que alguém lhes tenha feito podem tornar-se persistentes chegando a incomodar quem lhe prometeu; nos jogos ou atividades de partilha e cooperação têm quase sempre problemas; verbalmente são pouco indiscretas, dizem o que lhes apetece, sem restrições não se preocupando com o que os outros vão sentir; interrompem com frequência as conversas das pessoas.

Neto (2010) menciona os desabafos mais comuns dos pais e professores: “não são capazes de estar quietas”, “parece que tem bichos-carpinteiros”, “sai constantemente fora do lugar sem autorização”, “responde sempre fora da sua vez”, “faz barulhos inapropriados”, “mexe em objetos desnecessários nas diferentes atividades”.

Uma criança com PHDA que se insere no subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo exibe pelo menos seis das características descritas seguidamente (Quadro 3). Estas características são igualmente baseadas nas orientações do (DSM-IV).

<b>Critérios para diagnóstico do transtorno de déficit de atenção a partir do DSM-IV</b>
<p>2 – Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de <b>hiperatividade/impulsividade</b> persistem por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p><b>Hiperatividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira, quando está sentado;</li> <li>b) frequentemente abandona a sua cadeira e levanta-se na sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</li> <li>c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietações);</li> <li>d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</li> <li>e) está frequentemente a “mil” ou muitas vezes age como se estivesse “ligado a um motor”;</li> <li>f) com frequência fala em excesso;</li> </ul> <p><b>Impulsividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g) com frequência precipita-se a dar as respostas sem antes ter acabado de ouvir as perguntas;</li> <li>h) tem muita dificuldade em esperar pela sua vez;</li> <li>i) com frequência interrompe ou interfere as atividades dos outros (ex: intromete-se nas conversas ou jogos).</li> </ul>

**Quadro 3:** Critérios para o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção (continuação)

**Fonte:** DSM-IV-TR, p. 92

### **Comorbilidades**

Parker (2003) refere que crianças com PHDA apresentam níveis de inconformidade tão altos que são mesmo descritas como tendo uma perturbação adicional.

Lopes (1998b) comunga da mesma opinião, proferindo que para além de apresentarem problemas de hiperatividade, impulsividade e desatenção, as crianças diagnosticadas como PHDA apresentam ainda um conjunto amplo de problemas associados. Barkley (1998) citado por Neto (2010) estima as condições co-mórbidas: 70% dos pacientes apresentam pelo menos outro diagnóstico co-mórbido, 32% tem pelo menos dois transtornos psiquiátricos e 11% tem três ou mais diagnósticos.

Falardeau (1997) ressalva que esses problemas associados não são exclusivos da hiperatividade, mas afetam mais crianças hiperativas do que crianças normais da mesma idade.

Assim, dessa junção de problemas, surge o termo “co-morbilidades” que segundo Bonnet & Bréjard (2008) designa a coocorrência de dois quadros clínicos, na mesma pessoa, ou seja há uma associação de várias perturbações identificadas. Lopes (1998b) diz que estes problemas não são considerados necessários para a realização do diagnóstico, uma vez que, apesar da sua frequência, nem todas as crianças os exibem.

Neste contexto, Calado (2007) diz que à medida que se vão aprofundando os estudos sobre PHDA vão-se identificando cada vez mais com morbilidades psiquiátricas associadas.

Neto (2010) confirma a ideia anterior ao dizer que os estudos realizados na década passada provam que há uma elevada taxa de comorbilidades psiquiátricas e transtornos da aprendizagem em pessoas com PHDA. Por essa razão é, segundo Sennyey et al. (2008), Bonnet & Bréjard (2008) e Calado (2007) tão complexo isolar a hiperatividade de outra perturbação e por conseguinte fazer um diagnóstico e tratamento corretos.

Madureira et al. (2007) e Boavida & Cordinhã (2008) acrescentam ainda que as crianças afetadas por estas comorbilidades correspondem a uma terça parte do seu universo. Já Pastura, Matos e Araújo (2007) citados por Sennyey et al. (2008) num estudo não-clínico que realizaram mostram uma taxa de 58% de comorbilidades em portadores de TDAH.

Madureira et al. (2007); Barkley (2002); Parker (2003) e Lopes (1998a) afirmam que os problemas aos quais esta patologia se encontra associada são: médicos, psicológicos ou de desenvolvimento, emocionais e académicos.

Assim, com o objetivo de simplificar a apresentação e a leitura das perturbações associadas à síndrome da hiperatividade, Bonnet & Bréjard (2008) esquematizam-nas em três categorias principais: cognitiva (perturbações da aprendizagem), comportamental – ditas perturbações “exteriorizadas” (esta designação aplica-se a um conjunto de problemas ligados ao comportamento, impulsividade, perturbações de oposição, desatenção, hiperatividade, comportamentos antissociais, etc...) e emocional – ditas perturbações “interiorizadas” (esta designação aplica-se aos sinais que incluem traços de depressão, ansiedade, isolamento, etc...).

Relativamente aos problemas médicos, Falardeau (1997) diz haver uma grande frequência. Alergias, infeções das vias respiratórias, otites, constipações e gripes afetam quatro a cinco vezes mais as crianças hiperativas do que as crianças normais. As crianças hiperativas apresentam problemas de coordenação, motricidade fina, sincinesia (quando se pede a uma criança que mova rapidamente o polegar e o indicador da mão esquerda, ela vai mover, um pouco da mesma forma, sem se aperceber, os mesmos da mão direita), lateralidade cruzada (o lado privilegiado varia consoante a parte do corpo utilizada), problemas acrescidos de enurese (incontinência urinária) – mais vulgar

durante a noite e encoprose (incontinência das fezes) – mais vulgar durante o dia. Também podem apresentar problemas de sono, tendo dificuldade em adormecer por causa da dificuldade em acalmar, podendo acordar várias vezes durante a noite e acordar mais cedo de manhã

As comorbidades mais comuns ao nível psiquiátrico são, segundo Neto (2010), o transtorno desafiador de oposição e os transtornos da conduta, da ansiedade e do humor.

Assim, o transtorno de oposição é caracterizado pelo mesmo autor, como um padrão de comportamento negativista, desafiador e hostil. Bonnet & Bréjard (2007) dizem que na maioria das vezes inicia-se na infância e manifesta-se na criança através de comportamentos de transgressão de oposição e de provocação, gerando conflitos com o meio (pais, amigos, professores), manifestando rancor e incapacidade de reconciliação e podendo mesmo chegar a agredir verbalmente os que a rodeiam. Falardeau (1997) acrescenta ainda outras características como: baixa autoestima, fraca tolerância à frustração, dificuldades em conquistar amizades e maus resultados escolares. O mesmo autor afirma que esta atitude de provocação pode aumentar o risco de abuso de drogas e problemas de delinquência.

O transtorno da conduta é também caracterizado por Neto (2010) como um padrão de comportamento disruptivo ainda mais grave, estando incluídas agressões, destruição, mentiras roubos e faltas às aulas.

Segundo o mesmo autor, os transtornos de ansiedade têm repercussões no campo afetivo, cognitivo, comportamental e fisiológico. Podem ser observados pelas preocupações manifestadas bem como por demonstração de pensamentos antecipatórios e obsessão. Pode igualmente observar-se evitação e agitação nos comportamentos, irritabilidade e angústia no campo afetivo e tremores e palpitações no campo fisiológico. Relativamente ao campo afetivo Falardeau (1997) diz que mais de metade das crianças hiperativas sofre de uma imaturidade afetiva visível em reações exageradas em certas situações, ou seja ficam rapidamente muito excitadas e difíceis de acalmar o que conduzirá a uma difícil integração social: dificilmente terão amigos e terão dificuldade em integrar-se nas atividades sociais.

Os transtornos do humor na perspetiva de Neto (2010) apresentam, como sinais e sintomas, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldade de concentração ou indecisão, diminuição na capacidade de pensar e pensamentos de morte. Também se

podem verificar mudanças no apetite e no peso bem como insónias ou hipersónias, agitação ou retardo psicomotor e diminuição da energia.

Calado (2007) insere nos transtornos de humor a doença bipolar (DB) e Unipolar que caracteriza por uma alternância de períodos de euforia e/ou irritabilidade com períodos de depressão e diz merecer bastante atenção, porque uma vez feito um diagnóstico precoce e utilizadas estratégias terapêuticas atempadas, o prognóstico destes doentes pode mudar drasticamente.

Barkley (2002) aponta também os problemas de aprendizagem que Lopes (1998a) define como uma discrepância significativa entre as capacidades intelectuais (mentais) gerais e os resultados académicos na leitura, matemática, escrita e linguagem.

Parker (2003) diz que os problemas de aprendizagem pertencerem a uma taxa de 25% das crianças com PHDA e Falardeau (1997), concordando com este último diz ser o problema mais frequentemente associado à hiperatividade. Lopes (1998a) concorda afirmando que há vários estudos que concluem que as dificuldades de aprendizagem aparecem com grande probabilidade associadas à PHDA, mas diz não haver clareza quanto à natureza dessa associação.

Lorente & Encío (2000) defendem que a capacidade intelectual destas crianças pode ser como a de qualquer outra (baixa, normal ou alta), mas a inquietação motora, a falta de atenção e de reflexão comprometem a aprendizagem.

Nesta linha de pensamento, Barkley (2002) diz que embora as suas capacidades intelectuais sejam reconhecidas, uma das suas grandes dificuldades é a incapacidade para concluir grandes quantidades de trabalho escolar e manter as regras gerais de conduta na sala de aula, o que dá origem a notas mais baixas e retenções frequentes. O mesmo autor afirma que comparadas com crianças sem PHDA, as primeiras mostram também menos habilidades para resolver problemas intelectuais e sociais e que durante os anos escolares, essas habilidades tendem a baixar cada vez mais pelo que uma grande percentagem necessita de usufruir de medidas de ensino especial ou por dificuldades de aprendizagem ou por transtorno comportamental. Lopes (1998a) acrescenta que estas crianças revelam ainda dificuldades em usar estratégias eficientes de procura nas suas memórias quando necessitam de saber como reagir a uma determinada situação. Contudo, para Barkley (2002), estas crianças com PHDA não têm problemas com a memória, uma vez que podem armazenar e recuperar informação tão facilmente como

as outras, mas têm problemas com um tipo especial de memória; a chamada “*memória de operação*” que significa lembrar-se de fazer algo.

O mesmo autor aponta ainda como co morbidade o desenvolvimento físico. Segundo a APA (2000), não existem características físicas associadas à PHDA, mas podem ocorrer, com mais frequência, nestas crianças, anomalias pequenas tais como hipertelorismo, elevação da arcada do palato e implantação baixa dos pavilhões auditivos, do que na restante população. Baseado em estudos recentes, Falardeau (1997) acrescenta ainda outras anomalias físicas menores: dedo mindinho mais curto e curvo, anomalias nas dobras das palmas das mãos, olhos mais afastados, um do outro, que o normal, ou ainda a pele da pálpebra superior com uma prega.

Neto (2010) apresenta ainda os transtornos de tiques como outra co morbidade que causa distrações e prejuízos sociais pelos movimentos e vocalizações realizadas.

## **2.6. O processo de diagnóstico da PHDA**

Este tema assume uma grande relevância, no meio social pela alta prevalência em crianças em idade escolar, pelas altas taxas de co morbidades a ele associadas, pela persistência dos sintomas e pelo seu impacto na vida adulta. (Sennyey et al., 2008).

Assim, segundo Cruz (2008) surge o interesse em obter uma definição e etiologia claras do transtorno, bem como o de elaborar instrumentos de diagnóstico e avaliação. O objetivo é apenas um: o de garantir o processo de tratamento da hiperatividade.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico e baseia-se em critérios operacionais provenientes de dois sistemas classificatórios: O DSM – IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1994) criado pela Associação Psiquiátrica Americana e a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças, 1994) elaborado pela Organização Mundial de Saúde (Cavalcanti & Lima, 2009).

Para um correto tratamento da PHDA é necessário um correto diagnóstico (Selikowitz, 2010). Para que possamos então estabelecer um diagnóstico tão rigoroso, quanto possível é necessário definir um método (Falardeau, 1997).

Barkley (2008) salvaguarda que a avaliação de uma criança deve ser feita de acordo com a particularidade que cada caso apresenta e não por métodos que os clínicos conhecem ou preferem. Por esse motivo a avaliação muda de caso para caso e são utilizados diferentes métodos à medida que variam as questões envolvidas.

García (2001) vem ao encontro desta ideia dizendo que esta situação se deve ao facto de as crianças hiperativas constituem um grupo muito amplo, diverso e heterogéneo relativamente aos comportamentos que manifestam, aos ambientes em que estes comportamentos surgem e às causas que justificam esses mesmos comportamentos. Por essa razão é necessário adotar padrões comuns para identificar e diferenciar essas crianças das outras que possuem problemas diferentes. Nesta ótica, é importante segundo a perspectiva de Sennyey et al. (2008) que se faça um diagnóstico e tratamento precoces a fim de proporcionar melhor prognóstico aos portadores de PHDA. Importa aqui referir ainda uma ideia dos mesmos autores: o desconhecimento por profissionais de saúde e de educação dos sintomas deste transtorno agrava as dificuldades no diagnóstico.

Lorente & Encío (2000) afirmam que não é a criança que deve procurar a ajuda de profissionais para uma avaliação, mais sim os adultos que com ela convivem, pois para a criança todos os seus comportamentos são normais.

Assim, segundo García (2001), geralmente pais e adultos têm formado o seu próprio juízo sobre qual o comportamento correto da criança e a partir desse juízo julgam se o modo habitual de uma determinada criança se comportar é normal ou desviante e concluem se é necessário ou não proceder a uma avaliação.

Neste sentido, o primeiro objetivo da avaliação é, segundo Barkley (2008), determinar a presença, ou ausência de PHDA e o diagnóstico diferencial da PHDA de outros transtornos psiquiátricos que são também comuns na infância. Para Lopes (1998b), a denominação de “diagnóstico referencial” aplica-se quando se caracteriza o problema diferenciando-o de outro tipo de problemas que potencialmente se confundem com ele. O segundo objetivo é, segundo Barkley (2008) delinear os tipos de intervenções necessários para o tratamento dos transtornos identificados (psiquiátricos, psicológicos, académicos e sociais), no decorrer da avaliação. O terceiro objetivo é determinar as condições que muitas vezes coexistem com a PHDA e a forma como estas podem afetar a opinião do médico, relativamente às questões relacionadas com o tratamento. Por último, a avaliação tem ainda como objetivo identificar o padrão das potencialidades e pontos fracos da criança e considerar sobre a forma como estas podem ser manejadas no planeamento do tratamento.

Barkley (2002) mantém-se firme ao dizer que para se fazer uma avaliação correta, esta deve ser completa e detalhada. Assim será “meio caminho andado” para o sucesso

na condução da PHDA. Desta forma, aconselha muitas vezes os pais, enquanto aguardam a consulta para o seu filho, a tentarem dar resposta a todos os seus pensamentos e preocupações relativamente às dificuldades dos filhos, e fazer o registo das mesmas, de forma a tornar o processo de avaliação mais suave, mais rápido e menos custoso em termos monetários.

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseando-se em critérios comportamentais, ou seja sintomas (Fernandes & António, 2004 e Neto, 2010). Segundo o último autor, não há, até ao momento, marcadores biológicos para o transtorno. Phelan (2005) concorda e afirma que o fato de não existir nenhum teste específico (físico, neurológico ou psicológico) para a deteção do distúrbio faz com que se dificulte mais o processo de diagnóstico.

O mesmo autor menciona que este processo precisa envolver um vasto conjunto de informações detalhadas sobre a escola, a casa e a conduta social da criança, com outras fontes, não apenas a criança, apesar de esta dever também ser ouvida. Essas informações devem ter um historial cuidadoso do desenvolvimento da criança, bem como todas as preocupações dos pais (Phelan, 2005).

“O diagnóstico preciso, avaliando-se o grau de prejuízo, é importante para determinar o tratamento apropriado. Ele deve envolver uma avaliação cuidadosa e o uso de critérios apropriados” (Neto, 2010).

Quando os pais fazem o primeiro contato para a obtenção de consulta para avaliação é muito importante que seja já nessa altura recolhida (por uma pessoa bem experiente para o efeito) uma série de informações que permitirão ao especialista dar início a alguns procedimentos iniciais, tais como: pedir as licenças necessárias para a obtenção de relatórios profissionais anteriores; contactar o médico de família da criança para pedir as informações de que necessita; obter resultados escolares; enviar questionários para os pais e professores (a serem preenchidos e devolvidos antes da primeira consulta); entrar em contacto com agências de serviços sociais que eventualmente prestem serviços a essa criança (Barkley, 2008).

Depois disto, a fase de avaliação para detetar o TDAH deve, segundo Phelan (2005) e Lopes (2004) envolver as seguintes etapas: entrevista clínica com a criança, que segundo Bonnet & Bréjard (2007) se realiza através da escuta e observação “*in vivo*” e se possível também com deslocação aos locais onde ela passa a maior parte do seu tempo; entrevistas semiestruturadas (entrevista clínica com os pais, entrevista com o

professor da criança); implementação de escalas de avaliação e/ou questionários. Barkley (2002) acrescenta ainda exame médico físico pediátrico completo (se necessário), de forma a descobrir se há algum problema médico que possa contribuir para as dificuldades que a criança apresenta no momento. O autor lembra que este passo da avaliação, não é fundamental, mas pode contribuir muito positivamente.

Para que o psicólogo possa explicar a conduta infantil em si mesma e as suas alterações é fundamental que analise detalhada e cuidadosamente o contexto familiar, escolar e social da criança (García, 2001) e para tal contará com a participação dos intervenientes e instrumentos distintos que a seguir descrevemos.

No que concerne à entrevista com os pais, Barkley (2008) e Phelan (2005) dizem que esta é a fonte mais vital de informação e é uma parte indispensável na avaliação de qualquer criança pois nenhum outro adulto possui tanta riqueza de conhecimentos. Estes devem ser levados muito a sério e nunca ser julgados. Barkley (2002) refere que é extremamente importante a presença de ambos os pais, pois cada um tem a sua própria perspectiva. Eles vão dar a conhecer ao pediatra o que os preocupa, há quanto tempo andam preocupados e que tratamentos já foram experimentados (Selikowitz, 2010).

Através do diálogo com os pais, o especialista consegue construir uma representação do ambiente presente no seio familiar e do contexto em que a criança evolui. Contudo é necessário tomar alguma prudência na ênfase dada a esses testemunhos, pois alguns pais podem minimizar ou maximizar os factos (Bonnet & Bréjard, 2008). Com esta entrevista é também recolhida informação sobre o desenvolvimento e a conduta da criança, para tentar descobrir algumas das possíveis causas da hiperatividade (Lorente & Encío, 2000).

Para Lopes (2004) é verdadeiramente importante que os pais demonstrem o tipo de sentimentos que os invadem, aquando os comportamentos do seu filho.

No parecer de Barkley (2002) esta entrevista com os pais tem vários propósitos: estabelecer harmonia entre os pais e quem vai examinar o filho, fornecer ao profissional a visão dos pais sobre os problemas do filho, mostrar o quanto os problemas da criança afetam a família; mostrar a relação dos pais com o filho (contribuição ao problema dele); e por último o mais importante determinar um diagnóstico do problema da criança e proporcionar recomendações de tratamento.

Phelan (2005) refere que esta entrevista inicial deve terminar com um planeamento cooperativo do resto da avaliação e no caso de haver já suspeita de PHDA,

o profissional deve sugerir que os pais se familiarizem mais com o distúrbio em questão de forma a encarar o problema mais positivamente e atuar da melhor forma.

Na entrevista com a criança, o profissional faz observações informais sobre a sua aparência, comportamento e habilidade de desenvolvimento e faz uma série de questões gerais, permitindo (principalmente no caso de crianças pequenas) que elas brinquem enquanto conversam (Barkley, 2002). O profissional aproveita esta entrevista para descobrir o quanto a criança está disposta a conversar, saber o que é que ela acha da sua escola, da sua casa e da sua vida social e começar a construir um bom relacionamento com ela (Phelan, 2005). Contudo, o mesmo autor especifica já aqui uma das dificuldades do diagnóstico. Segundo ele, normalmente durante a entrevista as crianças ficam quietas no consultório, portando-se notoriamente bem, pois estão sozinhas com um adulto e toda a situação é interessante e tem carácter de novidade. Por essa razão, Lopes (2004) diz que o comportamento verificado no gabinete não deve ser considerado como representativo do dia-a-dia. Outro problema advindo da entrevista identificado por Phelan (2005) é que, pelo menos no início, a criança não se dispõe a admitir nenhum problema. Barkley (2008) concorda acrescentando que as crianças podem mentir ou distorcer as informações numa direção que seja mais bem aceite socialmente.

A duração da entrevista depende, segundo Barkley (2008), da idade da criança, do seu nível intelectual e das suas habilidades linguísticas. Crianças mais velhas conseguem conversar com o adulto por mais ou menos 45 minutos/ 1hora; crianças mais novas têm sessões mais curtas de aproximadamente meia hora (Phelan, 2005).

Aconselha-se, segundo Barkley (2008) o uso de um formato padronizado de entrevista de forma a conseguir-se confiabilidade no processo de diagnóstico geral.

Logo após a sessão inicial com a família, Barkley (2008) diz que uma entrevista com os professores da criança pode ajudar a esclarecer a natureza dos problemas da criança.

São muitos os autores que referem que as informações fornecidas pela escola, para avaliar o nível intelectual e rendimento académico da criança é claramente a área mais importante para o diagnóstico da hiperatividade García (2001). Um deles é Lopes (2004) que afirma ser um contacto de grande relevância. Barkley (2002) concorda afirmando que pelo facto de o professor ser, para além dos pais, o adulto que mais tempo passa com a criança, a sua opinião é imprescindível na avaliação. No caso de a

criança ter já vários professores, o testemunho deve ser dado por aqueles com quem ela passa a maior parte do tempo.

Segundo estes dois últimos autores, é importante que o professor mostre o seu parecer relativamente ao desempenho escolar da criança: maturidade e agitação, organização e cumprimento das tarefas, concentração e persistência, relação com a comunidade educativa, comportamentos (positivos e negativos), rendimento académico, motivação e interesse, nível de cooperação do aluno para com os colegas e professor e estratégias já adotadas, pela professora, para gerir os problemas do aluno. A propósito deste último ponto, Barkley (2002) refere que os professores devem mencionar toda e qualquer avaliação que tenha já sido feita para conduzir os problemas da criança.

Para Lopes (2004) é igualmente muito importante que o professor expresse os sentimentos que os comportamentos do aluno lhe provocam e saber se esta está dotada de conhecimentos ou informações suficientes sobre a PHDA.

Segundo García (2001) outro tipo de entrevistas há, mas menos importantes, e por essa razão não carecem referência. Segundo ele, são menos estruturadas o que implica que apenas especialistas previamente formados, na sua utilização as saibam administrar.

Outros instrumentos vulgarmente utilizados são as escalas de avaliação. Segundo García (2001) são fáceis de aplicar e obtêm-se resultados rápidos, ao mesmo tempo que a sua correção e interpretação não exigem muito tempo nem muito esforço.

Estas escalas permitem detetar a PHDA e possíveis co morbididades e são segundo Phelan (2005) essenciais neste processo. Algumas são específicas para a hiperatividade, outras são mais abrangentes, mas possuem itens relativos à instabilidade comportamental. Dependendo da escala, o seu preenchimento pode ser efetuado pelo clínico pelos pais ou pelo professor e algumas até englobam as três formas (Bonnet & Bréjard, 2007).

Barkley (2008) aponta as várias escalas de avaliação do comportamento infantil: escala de avaliação para pais e professores; escala de autoavaliação do comportamento para crianças e escala e inventário de comportamento adaptativo.

Phelan (2005) divide as escalas de classificação em “banda larga” ou “banda estreita”, do mesmo modo que Barkley (2008) as divide em “escalas amplas” ou “escalas restritas” e Bonnet & Bréjard (2007) em “escalas generalistas” e “escalas específicas”.

Apenas a designação atribuída é que varia, pois é de comum acordo entre estes autores que, as primeiras cobrem todos os possíveis problemas propiciando uma visão global do desenvolvimento da criança e as segundas são utilizadas quando o especialista quer examinar mais de perto a próprio PHDA ou possíveis estados de co morbidade.

Relativamente às escalas para pais e professores, estas devem ser enviadas aos pais e professores antes da respetiva entrevista e, como já referimos anteriormente, devem ser entregues no dia ou antes da avaliação.

Segundo Barkley (2008), apesar de apresentarem algumas limitações, estas escalas são um excelente meio, com pouco investimento de tempo, para a obtenção de informações, de pessoas que possam ter passado meses ou anos com a criança. De entre muitas escalas de avaliação do comportamento infantil para pais e professores, o mesmo autor destaca e caracteriza algumas delas: BASC (Behavior Assessment System for Children - Sistema de avaliação de comportamento para crianças) e CBCL (Child Behavior Check List – Lista de verificação comportamental para crianças e adolescentes de Achenbach). Analisa, em simultâneo, os domínios comportamental e emocional (Bonnet & Bréjard,2007);

Ambas as escalas são muito populares e têm versão para pais, professores e crianças. Possuem também subescalas, com bastantes semelhanças uma da outra. As subescalas do BASC avaliam: Comportamento agressivo, comportamento delinquente, comportamento ansioso/depressivo, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de atenção, problemas de raciocínio e problemas de retraimento. As subescalas da CBCL avaliam: hiperatividade, agressividade, ansiedade, depressão, somatização, comportamentos atípicos, retraimento, problemas de atenção e habilidades sociais (Phelan,2005).

Uma outra escala destacada por Barkley (2008) é a Conners Rating Scale-Revised (Escalas revisadas de Classificação Conners).

Estas escalas são também muito populares, possuem igualmente versão para pais e professores e ainda um formulário de autoavaliação para o adolescente. Têm características tanto de banda larga como de banda estreita, pois embora estejam integralmente focadas na deteção da PHDA elas têm também subescalas para avaliar: o comportamento de oposição, problemas cognitivos, comportamento ansioso/tímido, perfeccionismo, problemas sociais e instabilidade emocional. Para Bonnet & Bréjard

(2007) esta escala permite uma avaliação estandardizada e cruzada dos comportamentos da criança em meios e situações relacionais diferentes.

Barkley (2008) destaca ainda a *Disruptive Behavior Rating Scale* também com versão para pais e professores. É uma escala mais restrita a ser igualmente utilizada na avaliação inicial de crianças. Esta escala concentra-se particularmente na avaliação dos sintomas da PHDA e a *Academic Performance Rating Scale* que permite aferir com rapidez o domínio do funcionamento escolar. Depois de transformadas em gráficos, estas escalas são muito úteis para explicar aos pais os resultados do diagnóstico (Phelan, 2005)

Importa referir a opinião de Barkley (2008) quanto à utilização das mesmas. Antes de fazer um diagnóstico o especialista deve combinar as informações obtidas nas escalas com a as obtidas na entrevista com os pais e professores bem como com os conhecimentos que possui do diagnóstico diferencial. Deve ainda analisar a globalidade dos problemas comportamentais da criança nos vários contextos.

No que concerne aos questionários, como foi já referido anteriormente, estes são preenchidos, devolvidos e corrigidos antes da primeira entrevista com os pais. Esta situação vai possibilitar ao especialista a detenção de conhecimentos prévios, para poder já na altura da entrevista, ter delineadas as questões que precisam de ser analisadas mais a fundo (Phelan, 2005; Barkley (2002).

Segundo Phelan (2005) os questionários Barkley para Situações em Casa e na Escola são uma boa ferramenta para a recolha de informação e abordam a problemática de forma diferente das escalas descritas anteriormente. Barkley (2008) identifica-os e Phelan (2005) explica-os da seguinte forma: O HSO (Questionário para Situações em Casa) exige que os pais avaliem os comportamentos dos seus filhos em 16 situações domésticas e públicas, como por exemplo: “Durante as refeições” ou “Quando brinca com as outras crianças”. Eles têm que responder se “sim” ou “não” essa situação é um problema e, se sim, qual a gravidade numa escala de 1 a 9; O SSQ (Questionário para Situações na Escola) permite a avaliação do professor sobre problemas em 12 situações escolares diferentes como por exemplo: “Ao chegar à escola” “Durante os trabalhos individuais”. Tem formato de resposta e escala de pontuação igual ao anterior, porém este só deve ser utilizado nos primeiros anos do ensino obrigatório.

Phelan (2005) acrescenta ainda que há outras escalas de banda estreita muito úteis para avaliar certos diagnósticos e possibilitar a deteção de eventuais co

morbilidades. Essas escalas incluem: depressão (Inventário da Depressão Infantil, Escala Hamilton de Depressão, Tabela de Distúrbios Afetivos e Esquizofrenia); ansiedade (Escala de Estresse Infantil, Escala de Ansiedade Infantil Manifesta); Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Inventário Leyton de Comportamento Obsessivo, Escala Yale-Brown de Comportamento Obsessivo-Compulsivo); Tiques/Síndrome de Tourette (Pesquisa de Avaliação de Tiques Motores, Obsessões e compulsões e Tiques Vocais).

### **2.6.1. Intervenientes no processo de diagnóstico**

Boavida & Cordinhã (2008) e Cavalcanti & Lima (2009) defendem que quando se suspeita que uma criança possa ter PHDA é necessário fazer-se uma avaliação cuidadosa, preferencialmente por uma equipa multidisciplinar por causa da complexidade em realizar um diagnóstico preciso.

Cruz (2008) diz que tem vindo a manter-se uma certa tradição relativamente aos intervenientes no processo e tal como García (2001) e Nielsen (1999), todos eles preferem que na avaliação da criança hiperativa intervêm vários profissionais fundamentalmente médicos (neurologistas, pediatras e psiquiatras), mas também psicólogos especializados no trabalho com crianças e professores. Lorente & Encío (2000) acrescentam ainda os psicopedagogos. Segundo eles, estes profissionais vão estabelecer o tipo de intervenção educativa mais adequada para superar os défices que a criança apresenta.

A opinião de Phelan (2005) é que qualquer profissional de saúde mental ou médicos treinados e experientes na avaliação da PHDA pode conduzir a avaliação para a deteção do problema. Já, para de Selikowitz (2010), a pessoa ideal para fazer o diagnóstico é o pediatra especialista em dificuldades de aprendizagem e de desenvolvimento das crianças. O mesmo autor refere que estes “pediatras desenvolvimentais” fazem um trabalho cooperativo com os psicólogos educacionais que também desempenham um papel fundamental, neste processo, pois segundo Parker (2003) os psicólogos estão treinados para implementarem e interpretarem os testes psicológicos e educacionais, que poderão dar valiosas informações sobre o funcionamento intelectual da criança, das suas competências de raciocínio, do uso da linguagem, do desenvolvimento percetivo, da impulsividade, da atenção e do funcionamento emocional.

Contudo, os médicos por si só não capazes de fazer o diagnóstico. Existem outros intervenientes durante todo este processo de avaliação e cada um desses intervenientes tem, segundo Parker (2003), um papel a desempenhar, no processo.

Começamos então pela própria criança, que oferece ao clínico a oportunidade de observar o seu comportamento e fornece informação sobre a sua adaptação social e emocional. Depois, os pais que fornecem informações sobre o seu filho e uma vez tendo vindo a observar a criança ao longo da sua vida em diferentes situações são detentores de uma perspetiva única do desenvolvimento anterior do seu filho e do desenvolvimento atual (Parker,2003).

Segundo o mesmo autor, quando os pais verificam problemas no seu filho, as primeiras pessoas a quem pedem ajuda são ao pediatra ou o médico de família, pois estes possuem já um conhecimento profundo da família da criança e da sua história clinica, pelos contactos que têm vindo a ter em consultas anteriores.

Mas, se os pais não se apercebem, muitas vezes, tudo começa quando as crianças e adolescentes com este quadro clinico são referenciadas pelos professores (escola), pois facilmente se apercebem do mau comportamento, da desatenção e das dificuldades de aprendizagem manifestados pela criança (Neto, 2010 e Barkley, 2002).

Cruz (2008) cita Atkins & Pelham (1991) para enfatizar a importância e responsabilidade do professor na avaliação. Segundo estes autores, o professor exibe um papel fundamental na avaliação, porque passa um tempo muito significativo com os alunos; observa os alunos em diversas tarefas escolares e sociais; é relativamente objetivo, se comparado com os pais; tem a possibilidade de observar o comportamento adequado, em função da idade, sexo e nível escolar, no contexto da turma; estrutura as suas opiniões com base em múltiplas observações do aluno em diferentes contextos naturais.

Selikowitz (2010) refere ainda que podem ser também intervenientes neste processo, o oftalmologista (médico especialista nas perturbações da visão) e o audiolologista (técnico especialista em testes de audição), no caso de o pediatra querer saber se a criança vê e ouve bem.

O que é fundamental, na opinião de Sennyey et al. (2008) é que indivíduos portadores de PHDA sejam acompanhados por pessoal especializado, porque só assim pode ser garantida uma orientação adequada para eles e para a sua família, e pode ser

recebida uma correta intervenção terapêutica e um suporte educacional e emocional, caso seja necessário.

### **2.7. Intervenção na PHDA**

Lopes (2004) afirma que não há cura para a PHDA, porque também não se trata de uma doença. Deste modo, o autor propõe que se tente lidar com a situação procurando mantê-la dentro de limites que não se manifestem ofensivos nem para a criança, ou adolescente, nem para quem convive com eles.

Depois de estar confirmado o diagnóstico, tanto a criança como todos os que fazem parte da sua envolvência diária, terão que ser submetidos a um processo adaptativo. É fundamental que toda a família e pessoas que lidam com a criança entendam que têm que se adaptar a novas realidades, pelo menos até a situação amenizar. Um ambiente seguro e estruturado, facilitará a superação desta perturbação (Falé, 2007). Neste sentido, Falardeau (1997) refere que os pais devem ser informados sobre a natureza da hiperatividade, das suas causas possíveis, do prognóstico e dos medicamentos.

Assim, para Madureira et al. (2007) a intervenção inicia, com uma explicação aos pais e professores sobre os comportamentos típicos da PHDA, para que haja possibilidades de melhor aceitação e compreensão. Estes devem aprender a utilizar estratégias comportamentais e educacionais de forma a criar uma estrutura adequada à criança. Essas estratégias passam pela redução do *stress*, a promoção do reforço positivo, a melhoria da sua autoestima e a evitação de confrontos.

Apesar das divergências quanto à intervenção mais adequada na PHDA, Lopes (2004) afirma que os estudos apontam, cada vez mais consensualmente, para a existência de três abordagens fundamentais: a medicação (capaz de produzir efeitos mais claros e duradouros). Neste contexto, Barkley (2008) diz que têm vindo a ser lançados muitos medicamentos, com vistas a intervenções multimodais; as intervenções comportamentais que constituem um colaborador fundamental da medicação; as intervenções cognitivo-comportamentais que a certa altura se consideravam extremamente adequadas, mas que acabaram por produzir resultados decepcionantes, e atualmente são mesmo desvalorizadas.

Lorente & Encío (2000) dizem que destas três modalidades apresentadas, a mais eficaz é sem dúvida a farmacológica (medicação), pois muitas crianças são capazes de

controlar a impulsividade e os problemas de atenção, apenas com a medicação, no entanto, a maioria precisa também de ajuda psicológica e educativa.

### **Intervenção em contexto familiar**

Se não é fácil educar uma criança com PHDA, mais difícil é ser mãe ou pai dessa mesma criança. Para além disso, em Portugal, é muito difícil, senão impossível, encontrar alguém que possa esclarecer os pais acerca dos problemas dos filhos e sobretudo ajudá-los a enfrentar e a lidar com a situação (Lopes, 2004).

A criança hiperativa mostra-se desobediente, inquieta, impulsiva, muito instável emocionalmente e explosiva em termos de temperamento (Lorente & Encío, 2000), pelo que Parker (2003) refere que, normalmente, em casa, têm dificuldade em agir em conformidade com as instruções dos pais o que vai levar a que a paciência destes últimos seja muitas vezes levada aos limites. Por essa razão, Selikowitz (2010) diz que nem sempre os pais são capazes de reagir a cada dificuldade conforme está escrito na literatura e mesmo os mais pacientes e compreensivos são também capazes de cometer deslizes.

Pelo facto de haver, perante a sociedade, uma ideia fixa de que os pais exercem influência na criança, quando esta apresenta um problema, eles são automaticamente as pessoas visadas, sendo julgados como principais culpados. Contudo, apesar de algumas vezes, a hiperatividade ser consequência de um ambiente desestruturado e os estilos educativos não beneficiarem o desenvolvimento da criança, o mais habitual é que a criança seja hiperativa desde o nascimento, por causa de um desajuste bioquímico do seu sistema nervoso (Lorente & Encío, 2000).

Os pais precisam compreender que o comportamento de uma criança pode resultar de variadíssimos fatores como: temperamento e aptidão com que nasce, a idade, o estágio de desenvolvimento, os valores por si transmitidos e a adaptação emocional da criança. Enquanto não perceberem qual destes fatores afeta a criança, não podem gerir eficazmente os seus comportamentos (Parker, 2003). Devem ainda compreender, segundo Lorente & Encío (2000) que a criança hiperativa tem muita dificuldade em seguir qualquer norma de conduta, ordem ou diretriz e ao contrário das outras crianças aprende a controlar a sua conduta de forma muito mais lenta, pelo que os pais devem-na ir responsabilizando gradualmente.

Expostas estas barreiras é necessário que os pais saibam como intervir corretamente.

Segundo Falardeau (1997), é muito importante que uma intervenção seja feita calmamente e sem discussão possível. As regras não devem ser estabelecidas na altura do problema, mas sim com antecedência, em reuniões de família. As decisões tomadas, nessas reuniões devem ser cumpridas por todos os membros da família. Acrescenta também que nem sempre é preciso intervir e quando isso acontece deve-se ignorar a “infração”. Na opinião de Garcia (2001), quando os pais decidem ignorar os comportamentos não desejáveis dos seus filhos como gritos, choro, acessos de cólera, etc., estes reduzem-se e tendem a desaparecer. Nielsen (1999) também diz que alguns psicólogos defendem que se devem ignorar os comportamentos inadequados, porque isso conduz à diminuição da sua ocorrência.

Sauvé (2006) diz que os pais precisam de possuir meios de ação variados, para fazer face às reações da criança vítima de hiperatividade e para isso propõe uma panóplia de estratégias que no seu ponto de vista, são muito eficazes. Sendo aplicadas com lógica e persistência, podem levar à obtenção de resultados encorajadores. De entre muitas destacamos algumas: meio estável, calmo e estruturado (proporcionar um ambiente onde não reine confusões nem modificações, evitar a presença de meios capazes de desencadear excitação como gritos, ou barulhos inúteis, respeitar a rotina diária com atividades e tarefas previsíveis); regras simples realistas e coerentes (as regras devem ter um número limitado, ser muito claras, estáveis e coerentes, as instruções devem ser recordadas com frequência, o acompanhamento das regras deve ser feito em equipa devendo haver sempre consenso entre os pais); os pedidos devem ser formulados em frases curtas e claras (utilizar vocabulário claro e concreto, não mandar fazer várias coisas ao mesmo tempo); fazer desabrochar a autoestima; remeter para a criança a responsabilidade das boas e más ações; escolher obedecer ou desobedecer (se a criança não obedece, então aplica-se imediatamente uma consequência); experimentar o êxito (dar-lhe tarefas do seu gosto com regularidade, praticar atividades de lazer que lhe interessem).

Russel Barkley (2002) enuncia também alguns princípios que os pais devem seguir ao intervirem junto dos seus filhos. Para o autor são princípios difíceis de cumprir, mas serão os fundamentais para os pais conduzirem os filhos pacífica e eficientemente. Também para Lopes (2004), estes princípios permitem aos pais acesso a

linhas orientadoras específicas que já têm vindo a provar a sua eficácia com muitas crianças com PHDA. Assim, os princípios enunciados por Barkley são: (1) Dê respostas e resultados mais imediatos ao seu filho; (2) Dê respostas mais frequentes ao seu filho; (3) Utilize resultados mais potentes e abrangentes; (4) Utilize incentivos antes de punir; (5) Exteriorize tempo e pontes de tempo quando necessário; (6) Exteriorize a informação importante no ponto de performance; (7) Exteriorize a fonte de motivação no ponto de performance; (8) Torne mais físico o pensar e a resolução de problemas; (9) Lute por consistência; (10) Não fale muito, aja!; (11) Planeje-se com antecedência para situações problemáticas; (12) Mantenha uma perspetiva da deficiência; (13) Não personalize os problemas ou transtornos do seu filho; (14) Pratique o perdão (pág. 165).

Não poderíamos deixar de fazer referência a alguns erros cometidos pelos pais. Segundo Parker (2003) alguns pais cometem erros no domínio disciplinar. Entre eles destacam-se: ausência de elogios, quando se registam comportamentos positivos. O elogio motiva a criança levando-as a agir corretamente no futuro; não disciplinar comportamentos de forma imediata ou consistente; não persistir na disciplina estabelecida; não trabalhar em conjunto para gerir o comportamento da criança (triângulo vilão-vítima-salvador). Se um dos pais dá instruções à criança e esta recusa, é importante que o outro a instrua no mesmo sentido. É muito comum, o pai e a mãe manifestam diferenças significativas na sua abordagem ao filho com PHDA. Essa situação gera tensão entre ambos e uma imensa confusão na cabeça da criança (Parker, 2003). Cabe-lhes a eles darem o máximo de si, aprenderem com os erros e ajudar o seu filho em todas as suas dificuldades, tal como refere (Selikowitz, 2010).

### **Intervenção em contexto escolar**

*“... todos os nossos alunos podem aprender. Todos eles querem ter sucesso na escola e desenvolver competências e aptidões. Todos se querem divertir, querem fazer amigos, ser aceites e sentir que fazem parte da comunidade.” (Rief & Heimburge, 2000, p. 188).*

Atualmente, muito mais que outrora, as crianças passam uma grande parte das suas vidas, dentro das salas de aula. Neste sentido a escola, é agora mais do que nunca uma instituição educativa por excelência, já não se limitando apenas a ensinar matérias escolares, mas também a transmitir uma série de valores éticos e morais.

Na escola, a maioria das crianças hiperativas são desobedientes e levantam problemas de disciplina, recusando as ordens do professor; na relação com os seus pares são elas que dominam; podem manifestar dificuldades de aprendizagem (40 a 50%) e baixo rendimento escolar, não devido a um “atraso mental”, mas devido à hiperatividade, impulsividade e falta de atenção (Lorente & Encío, 2000).

Em contexto de sala de aula, a hiperatividade é considerada, segundo Lopes (2004) um problema que não é de fácil resolução e há uma grande possibilidade de esse problema se arrastar no tempo. Madureira et al. (2007) dizem que de 60 a 80% dos indivíduos mantêm critérios de PHDA, na adolescência e de 30 a 60% pode mantê-los ainda na idade adulta.

Infelizmente, alguns professores continuam a negar a existência deste transtorno e agem sempre da mesma maneira. Para eles, estas crianças continuam a ser mimadas e indisciplinadas e os causadores desta indisciplina são, inequivocamente, os pais (Sosin, 2006). As suas queixas mais frequentes são que a criança hiperativa não consegue permanecer no seu lugar, incomoda os colegas, durante o trabalho, não se concentra nas explicações e não realiza, na totalidade, as atividades que lhe são pedidas (Lorente & Encío 2000).

Para combater estes problemas e o seu prolongamento pela vida da criança, é essencial que o professor tenha consciência das dificuldades académicas, comportamentais e socio emocionais de alguns dos seus alunos e que se mostre sensível e compreensivo em relação a elas adaptando as suas práticas a todos os níveis de aptidões (Rief & Heimburge, 2000).

Nesta linha de pensamento, e porque a maior parte destas crianças apresentam baixa autoestima, é essencial, segundo Nielsen (1999) que o professor encoraje, compreenda e elogie a criança, de forma a evitar possíveis depressões, pois estas crianças são comumente alvo de reações negativistas e castigos.

O mesmo autor apresenta ainda outras estratégias passíveis de serem adotadas, no trabalho com estas crianças: é necessário que o professor desenvolva, no aluno, o sentido de competência e de responsabilidade e para tal deve-o ajudar a desenvolver e a melhorar a sua imagem baseando-se nos seus pontos fortes (depois de identificados); é também possível que os comportamentos hiperativos e impulsivos destabilizem os restantes alunos da turma e por essa razão é importante que o professor detenha conhecimentos suficientes para saber como dar resposta às necessidades educativas de

todos os alunos bem como proceder à modificação adequada da sala de aula, de forma a evitar esse transtorno; sempre que possível, o aluno deve estar sentado longe de qualquer área movimentada (porta, janela, etc.) ou de elementos que facilmente os distraiam (ventoinhas, aquecedores, etc.); o aluno não deve ser colocado no fundo da sala, mas sim no meio dos demais, ou então próxima do professor e afastada dos colegas, possibilitando ao professor uma melhor monitorização do comportamento da criança e reduz o acesso ao estímulo dos colegas; normalmente estes alunos apresentam carteiras desorganizadas, cheias de objetos, muitas vezes desnecessários pelo que o professor deve valorizar a ordem e a arrumação, ensinando-lhes competências a este nível; como se mostram confusos e incapazes de cumprir as tarefas, quando recebem instruções complexas, o professor deve ter a preocupação de transmitir as informações de forma clara e concisa e fazer com que o aluno reproduza as instruções que recebeu; pela dificuldade que tem em controlar o tempo e realizar as tarefas em causa é importante que o professor enfatize a qualidade em vez da quantidade; é importante que comportamentos adequados sejam recompensados, para que se possam repetir; manter contratos com o aluno motiva-o e ajuda a prevenir comportamentos desajustados.

Para além deste tipo de procedimentos, Barkley (1990) citado por Lopes (1998a) aconselha ainda as seguintes alterações: o uso de estimulação exagerada (ex.: cor, textura...), para chamar a atenção do aluno e melhorar a sua realização; variar na forma como se apresenta uma tarefa e nos recursos materiais utilizados, para motivar o aluno; utilizar tarefas que exijam resposta ativa (motora); dar *feedback* corretivo imediato, nas tarefas escolares; especificar e fazer-se cumprir períodos curtos para a realização das tarefas, podendo-se contar com a ajuda de cronómetros; permitir a participação frequente da criança; os períodos dedicados às áreas curriculares devem ser intercalados com exercício físico, para diminuir o cansaço e a monotonia que em geral estas áreas provocam nestas crianças; as instruções da sala de aula devem ser complementadas com instruções diretas, ou com programas de exercícios assistidos por computador, pois estes métodos de ensino são muito mais eficazes do que simples leituras.

Boavida & Cordinhã (2008) sugerem ainda, como estratégias educacionais: um ambiente tranquilo, com turma reduzida; apoio educativo individualizado por parte do professor e se possível pela equipa da Educação Especial; estabelecer regras de funcionamento na sala de aulas e recordá-las regularmente; estabelecer planos diários de

atividades adaptados à atenção e comportamento da criança; evitar sujeitar a criança a situações em que terá dificuldade em controlar-se.

Em suma, Lopes (2004) e Sosin (2006) afirmam que os professores devem ser capazes de estabelecer um plano de ação (plano educativo), direcionado para as necessidades da criança hiperativa que seja consistente, prolongado e que se mantenha sempre atualizado.

O melhor professor para uma criança hiperativa é, segundo Sosin (2006), aquele que é flexível, ou seja aquele que muda de estilo quando vê interesse ou dificuldade de compreensão; aquele que é criativo e divertido, porque este tipo de alunos procuram entusiasmo; aquele que é imaginativo, entusiasmado, capaz de captar a atenção desses alunos; aquele que cria interesse permitindo que os alunos disponham de escolhas sempre que possível; aquele que mostra que não sabe tudo, colocando os seus alunos à vontade, sem medo de errar; aquele que trata cada aluno com dignidade e respeito, valorizando as ideias de cada um; aquele que ajuda os seus alunos a serem alunos, ajudando-os a organizar-se, a planear e a aprender; aquele que reconhece que os alunos têm vários estilos de aprendizagem; aquele que não utiliza apenas regras, mas a cabeça e o coração; aquele que elogia, valoriza o esforço, a inovação e as melhorias além de criticar e valorizar apenas as regras e os resultados dos testes.

Para Lopes (1998a), a gestão dos comportamentos, atrás mencionados, não é fácil e pode levar os professores a agir de forma pouco positiva na interação com estas crianças. Tal facto pode assanhar ainda mais a pobre realização académica e social, reduzir a motivação e a autoestima e conduzir ao insucesso escolar.

Felizmente, nos últimos anos conseguiu-se muita literatura sobre tipos de programas educacionais recomendados para ajudar os alunos com PHDA e características que os professores devem ter para um melhor desempenho na escola (Parker, 2003 e Barkley, 2008). Segundo o último autor continua a haver uma grande necessidade de desenvolver intervenções escolares e proporcionar formação e recursos adequados aos professores, uma vez que uma grande percentagem continua a não agir em conformidade.

Estes programas educacionais de formação têm como objetivo principal, segundo Lopes (1998a), dotar o professor de conhecimentos sobre este distúrbio. A partir daí será selecionado o tipo de intervenção, tendo em conta a análise funcional do comportamento alvo, os recursos da sala de aula, como por exemplo o número de

alunos, e as suas características pessoais. Ainda segundo o mesmo autor, estes programas de intervenção devem focar-se, nas áreas onde se deseja fazer modificações (disciplina, problemas de aprendizagem, competências sociais...).

## **2.8. Tratamento da PHDA**

Como já referimos em situações anteriores, a PHDA é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e na adolescência e, segundo Neto (2010) se não for tratado adequadamente, pode causar elevados prejuízos ao desenvolvimento da pessoa e da própria família.

Para Boavida & Cordinhã (2008), uma intervenção precoce e atempada é fundamental, tendo em linha de conta as consequências da PHDA. Quando se elabora um plano terapêutico, é importante reconhecer que há possibilidade de este transtorno ser crónico e persistir na vida adulta. O objetivo do tratamento é fundamentalmente controlar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade; melhorar o desempenho académico e as competências sociais, para que a criança possa ter uma autoestima mais elevada.

García (2001) diz existirem muitas dúvidas perante diversos autores, sobre se a perturbação se resolve mediante uma intervenção farmacológica centrada exclusivamente na criança, ou se também é necessário atuar sobre a família e sobre a escola, implicando os pais e os docentes na terapia.

Sennyey (2008); Nielsen (1999) e Parker (2003) dizem que o tratamento deste transtorno deve ser multifatorial e nomeadamente, quando existem comorbilidades destacam as seguintes medidas terapêuticas: medicação (acompanhamento médico), controlo do comportamento e programas educativos adequados (planeamento educacional). Sanz (2002) concorda acrescentando ainda apoio à família (terapia familiar).

García (2001) que também menciona as mesmas formas de tratamento acrescenta que todas estas modalidades de tratamento têm surtido efeito com bastante êxito, pois tem-se vindo a verificar que o comportamento da criança tem melhorado em diferentes aspetos. Assim o ideal seria complementar as duas formas de tratamento para que a soma dos efeitos conseguidos em cada uma delas permitam que a criança melhore globalmente e que esta melhoria seja estável e se sustente ao longo do tempo.

### **Intervenção farmacológica**

Relativamente ao tratamento farmacológico (medicação), Parker (2003); Bonnet & Bréjard (2007) e Lorente & Encío (2000) dizem que à semelhança de outras desordens que se manifestam na infância, a medicação não cura definitivamente a criança, apenas ajudam a controlá-la e a aliviar os principais sintomas. Isto significa que quando a criança se esquece de tomar os medicamentos, os sintomas comportamentais e a instabilidade reaparecem.

Segundo Parker (2003), nem sempre é necessária medicação, porque em algumas situações os défices são ligeiros, podendo ser geridos apenas com estratégias de modificação de comportamentos e porque por vezes, os ambientes escolar e familiar são flexíveis, permitindo mudanças de forma a combater os défices de atenção apresentados pela criança, como por exemplo: redução das turmas, maior supervisão por parte do professor e/ou pais, tarefas mais reduzidas, entre outras.

Contudo, para as crianças que necessitam de medicação no tratamento da PHDA Sennyey (2008), Bonnet & Bréjard (2007) e Lopes (2004) dizem que os psicostimulantes são considerados o tratamento de eleição e os mais comumente prescritos. A literatura comprova que os psicostimulantes revelam uma eficácia e tolerância em cerca de 75% a 90% dos pacientes. Parker (2003) e Bonnet & Bréjard (2007) acrescentam também os antidepressivos tricíclicos.

Para Lopes (2004), quando se decide medicar uma criança os pais devem possuir as seguintes informações: efeitos terapêuticos e secundários da medicação, a curto e a longo prazo; doses utilizadas e horário de administração; datas das visitas médicas para acompanhamento da criança, enquanto esta está a ser medicada; altura da suspensão do tratamento da hiperatividade para avaliar se é necessário ou não continuar; alimentos, bebidas ou outras substâncias que podem fazer interferência com a medicação; modo de agir se a criança eventualmente ingerir uma dose excessiva de medicamento; informação escrita sobre o tipo de medicação a utilizar ou outras fontes de informação; contactos telefónicos em caso de emergência.

Barkley (2008) diz existirem muitas opções de tratamento disponíveis, como também existem para qualquer outro transtorno mental. Neto (2010), Parker (2003) e Lopes (2004) dizem que os três estimulantes mais recomendados, no tratamento da hiperatividade são: o metilfenidato (Ritalina), a dextroanfetamina (Dexedrine) e a pemolina (Cylert). São inclusive os únicos passíveis de ser encontrados no mercado nacional.

Estes psicostimulantes vão atuar nos neurotransmissores, aumentando o nível de atividade cerebral, e permitem que a criança focalize melhor a sua atenção, regule a atividade motora, controle a impulsividade, melhore a coordenação visual-motora e acima de tudo mostre um comportamento mais intencional direcionado para objetivos (Parker, 2003). Lopes (2004) diz que esta medicação tem de ser administrada diariamente e por um longo período de tempo, pois só assim será possível melhorar a atenção, melhorar o controlo dos impulsos, a coordenação dos movimentos finos e o tempo de reação. O mesmo autor defende que a medicação com estimulantes é bastante benéfica, porque aumenta a capacidade de evocação ou rememoração. Há um aumento substancial na quantidade de trabalho que a criança é capaz de produzir, bem como da precisão do mesmo.

Parker (2003) e Lopes (2004) referem que estes fármacos podem apresentar efeitos secundários como: falta de apetite, perturbações no sono, ansiedade, irritabilidade (predisposição para gritar), náuseas, dores de estômago, de cabeça (leves), etc...

Neto (2010) diz que é recomendável que se inicie o tratamento com medicação em doses baixas. Parker (2003) aponta para uma dose inicial de 5mg sendo periodicamente aumentada em 5mg até que os sintomas que se pretendem modificar tenham progredido. Dependendo da situação da criança, a dose diária pode oscilar entre os 5mg e os 60mg, pois como a ação do medicamento dura apenas de três a quatro horas, a criança pode ter necessidade de repetir a dose uma segunda e até uma terceira vez. Continuando com o raciocínio de Neto (2010), iniciar cautelosamente o tratamento pode prevenir ou diminuir os efeitos adversos que eventualmente podem ser produzidos, já que se trata de uma droga e todas as drogas produzem efeitos adversos. Lopes (2004) diz que as altas doses de medicamento não correspondem a uma melhor resposta por parte da criança, até porque uma elevada dose inicial pode conduzir a um agravamento dos sintomas principais.

Parker (2003) refere que a dose de medicação correta é quase sempre uma questão de tentativa erro, ou seja é necessário um retorno regular por parte do professor da sala de aula para o médico, isto porque a medicação pode ser insuficiente e se isso acontecer a criança pode continuar a mostrar-se irrequieta, desatenta e distraída.

Assim, concluímos que as alterações no que diz respeito às dosagens dos medicamentos devem ser baseadas nas respostas clínicas dos pacientes, ou seja

administrada de forma individualizada e de forma progressiva até que se consiga atingir a menor dose eficaz (Lopes, 2004).

Contudo, Calado (2007) refere que há uma pequena taxa de doentes (10 a 30%) que não responde aos estimulantes ou então apresentam efeitos secundários, desaconselham o seu uso. Assim, para estes pacientes é necessário encontrar outras alternativas farmacológicas.

Apesar de considerados pela literatura, inferiores aos psicostimulantes, os antidepressivos são também comumente prescritos no tratamento da PHDA (Parker, 2003). Lopes (2004) diz que os medicamentos antidepressivos foram criados para tratar a depressão, contudo revelaram-se úteis para o tratamento da hiperatividade. As substâncias onde há mais experiência no tratamento da hiperatividade são: a desimipramina, a imipramina e a amitriptilina. Elas modificam o comportamento uma vez que são capazes de alterar os níveis de norepinefrina e dopamina, facilitando o trabalho cerebral.

Crianças que apresentam traços de ansiedade e depressão respondem melhor aos antidepressivos. Estes têm já um efeito mais prolongado (12 a 24 horas) e a dosagem oscila entre os 10mg e os 25mg, consoante o peso da criança. Podem produzir efeitos colaterais como falta de apetite, dores de cabeça e estômago, tonturas, obstipação, etc... (Parker, 2003).

Apesar de contribuir muito positivamente e ter mostrado ser um tratamento eficaz e seguro, Barkley (2002) e Fernandes & António (2004) esclarecem que a medicação por si só não se tem revelado suficiente na maioria dos casos, até porque algumas crianças nem sequer respondem à medicação e mesmo entre as que respondem, uma grande parte não age normalmente nos seus comportamentos, na postura escolar e na relação com os colegas, enquanto tomam a medicação. O primeiro autor explica ainda que muitas crianças apresentam, para além da PHDA, transtornos psicológicos e dificuldades de aprendizagem, pelo que a medicação para a PDAH não vai ao encontro desses outros transtornos adicionais. Assim, conclui-se que os problemas sociais de habilidade com os colegas, as dificuldades de aprendizagem, os comportamentos desafiadores e antissociais, não desaparecerão com o tratamento medicamentoso.

Segundo Fernandes & António (2004) e Barkley (2002) é por essa razão que, para a maioria das crianças é necessário estabelecer um pacote de tratamento com

múltiplas intervenções, ou seja combinar a medicação com medidas de modificação comportamental.

Para complementar esta ideia Sennyey (2008) cita o estudo “Multimodal Treatment Assessment” onde foi avaliada a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, da terapia medicamentosa e da combinação de ambas, no tratamento deste transtorno. O estudo comprovou que o tratamento combinado (psicoterapia + medicação) era muito superior à psicoterapia na forma isolada. Separadamente a medicação estimulante também se mostrou superior à terapia cognitivo-comportamental.

### **Intervenção comportamental e cognitiva**

Lopes (2004) diz que a resposta ao tratamento depende da presença de vários fatores e por essa razão tal como já referimos anteriormente, a medicação na forma isolada não é a solução.

Neto (2010) e Falé (2007) complementam afirmando que para se poder obter sucesso no tratamento farmacológico deve ser estruturado um programa de intervenção comportamental, a implementar nos diferentes contextos em que a criança se desloca.

Segundo Campos (2004), a intervenção cognitivo-comportamental começou a ganhar ênfase a partir dos anos 60 se segundo García (2001) foi quando se começou a compreender que era possível controlar o comportamento destas crianças manipulando as variáveis e os fatores ambientais relacionados.

Na perspetiva de Sennyey (2008), esta intervenção mostrou-se a mais eficaz (entre outras), para os casos onde existem como co morbilidades os transtornos de ansiedade e de humor, bem como os sintomas secundários que normalmente se associam à PHDA: baixa autoestima, frustração escolar e rejeição social. Esta terapia apresenta variadíssimas intervenções cognitivas e comportamentais que podem ser adaptadas às particularidades de cada paciente. Visa reduzir o sofrimento psicológico da pessoa através de mudanças nos processos cognitivos e nos comportamentos inadequados.

O objetivo deste tratamento é orientar os pacientes e os seus familiares sobre o TDAH: ajudá-los a compreender a necessidade e possibilidade do uso de medicamentos e ensinar-lhes estratégias de intervenção para alguns problemas de comportamento que surgem no dia-a-dia (Neto, 2010).

Bonnet & Bréjard (2007) referem ainda que é importante reunir no programa geral um subprograma destinado aos pais, outro destinado à escola e outro destinado à criança, pois é de extrema importância que pais e professores reconheçam o compromisso que têm para com estas crianças e reconheçam igualmente que elas necessitam de um controlo externo maior e de um ambiente o melhor estruturado possível para que se possam desenvolver adequadamente.

Segundo os mesmos autores, o primeiro passo a dar neste acompanhamento relativamente aos pais é informá-los, para que eles compreendam melhor a perturbação do filho e seguidamente sugerir-lhe estratégias que os ajudem a gerir melhor os comportamentos difíceis.

No que concerne à própria criança, os mesmos autores dizem que o acompanhamento recairá sobre o domínio cognitivo e comportamental. No domínio cognitivo o controlo da linguagem interior (discurso interior que utilizamos quando realizamos qualquer tarefa) é fundamental para a manutenção da atenção e da concentração e por isso é necessário trabalhar essa capacidade. Neste domínio é também necessário trabalhar a perceção do tempo e as capacidades de organização.

No que diz respeito ao domínio comportamental Kirk & Gallagher (1996) dizem ter havido, ao longo dos tempos uma grande mudança. Há alguns anos atrás o tratamento era de ordem psiquiátrica, mas atualmente o tratamento passou a ser da responsabilidade do pessoal da área educacional. Atualmente os professores são vistos como agentes responsáveis pelo tratamento e recebem ajuda complementar de psiquiatras psicólogos e assistentes sociais.

Os mesmos autores referem que a modificação do comportamento consegue-se depois de especificados os comportamentos que devem ser mudados e oferecendo-se reforço diferencial para estabelecer os comportamentos desejados. Nesta ótica referem duas das técnicas mais utilizadas para desencorajar o comportamento antissocial e controlar a conduta de crianças que manifestam problemas comportamentais: usar princípios do condicionamento operante e da análise de tarefa. O uso do condicionamento operante funciona através do controle de estímulos que seguem as respostas. Por exemplo, se uma criança chupa no dedo enquanto vê televisão, a mãe desliga a televisão se ela insiste em chupar e liga-a se ela não o fizer. Portanto, a situação operante (chupar no dedo) é controlada pelo estímulo (televisão desligada). Um outro procedimento é a análise de tarefa. É comum para trabalhar os comportamentos

em sala de aula. Estabelecem-se os objetivos e organizam-se as tarefas em pequenas etapas para que a criança possa sempre experimentar êxito.

Para Bonnet & Bréjard (2007), o tratamento comportamental visa também a planificação da ação, mobilizando as capacidades de imagiologia mental. O autor apresenta algumas técnicas utilizadas para trabalhar estes comportamentos: A **resposta diferida** em que se impõe à criança um tempo de latência entre o estímulo e a sua resposta. O Jogo do UNO é muito eficaz para trabalhar este comportamento. O terapeuta separa 20 cartas e entre elas há 4 negras. Ao mostrá-las, uma de cada vez, à criança, esta deverá dizer *STOP* quando vir uma carta negra, mas apenas poderá fazê-lo quando sair a carte seguinte; a **inibição de resposta** em que a criança deve abster-se de dizer ou fazer. O “Jogo do passarinho” é comumente utilizado neste tratamento. O terapeuta segura uma bolinha e lança-a ou finge lançá-la para a criança. Esta só deverá abrir as mãos se esta for realmente lançada. Se a agarrar quando ela for realmente lançada ganha um passarinho, se abrir as mãos sem que esta tenha sido lançada perde passarinhos; a **resposta inversa** em que se exige à criança um diferimento da resposta, porque o comportamento pedido contraria o que a criança costuma a fazer espontaneamente. Assim, esta deverá fazer o inverso da instrução que lhe é dada, ou seja fazer o contrário do que vê fazer.

Parker (2003) aponta também para controlo de comportamentos, quer por parte da escola, quer por parte da família um programa de modificação de comportamento: “*o cartão de objetivos a atingir*”. Este programa visa avaliar comportamentos problemáticos que as crianças hiperativas mostram em situação de sala de aula. Existem duas versões: o **(I)ntermédio** direcionado para crianças do 1º ao 8º ano de escolaridade, onde se podem avaliar os seguintes comportamentos: esteve atento na aula, concluiu o trabalho na sala de aula, concluiu o trabalho de casa, teve um comportamento adequado e carteira e caderno de apontamentos com boa apresentação e organizados; o **(P)rimário** direcionado para crianças mais jovens que se encontram no ensino pré-escolar, 1º e 2º ano de escolaridade. Este último visa apenas três comportamentos, porque é mais simplificado tendo em conta as faixas etárias. Visa avaliar os seguintes comportamentos: esteve atento, brincou bem e cumpriu as regras.

Este cartão é preenchido e rubricado pelo professor e a criança leva-o consigo diariamente para casa a fim de poder ser analisado pelos pais. Depois dos pais analisarem o total de pontos ganhos pela criança nesse dia devolvem-no à criança para

ser utilizado, no dia seguinte, na escola. Assim os pais aproveitam para elogiar a criança e dar-lhe recompensas tangíveis (atrasar a hora de deitar, comer um gelado, escolher com quem brincar-pai ou mãe, etc...) ou então puni-la (deitar mais cedo, não ver televisão, reduzir a mesada, etc...) se os pontos forem abaixo do combinado entre eles.

Para finalizar García (2001), refere que a combinação dos procedimentos comportamentais e cognitivos com o tratamento medicamentoso é a opção mais aceite e mais defendida pelos especialistas. Contudo, o mesmo autor defende que há que ter em conta que a última decisão sobre como tratar determinada criança recai sobre o seu estado clínico, sobre as possibilidades ambientais de aplicar as técnicas, e sobre o grau de aceitação dos adultos relativamente às alternativas terapêuticas disponíveis.



## **CAPÍTULO III – Professores: uma profissão em construção**

*“Ninguém se forma no vazio. Formar-se supõe troca, experiência, interações sociais, aprendizagens, um sem fim de relações” (Nóvoa et al, (sd), pág. 115).*

### **3.1 Perspetiva evolutiva**

Sendo a profissão docente, uma profissão em constante construção é importante que façamos uma reflexão histórica em torno da atividade docente para melhor podermos compreender a situação em que hoje nos encontramos e podermos igualmente traçar algumas perspetivas de futuro.

Segundo Ferreira (1994) a primeira etapa do processo sócio histórico da profissionalização docente deu-se, nos finais do séc. XVIII, com a passagem do controlo sobre a profissão docente das mãos da Igreja para a alçada do Estado.

Para Nóvoa (1986), a construção da profissão docente desenvolveu-se em duas dimensões e quatro etapas, em torno do estatuto social e económico dos professores. A primeira dimensão correspondeu à organização de um conjunto de normas e de valores e a segunda dimensão à construção de um corpo de conhecimentos e técnicas, específicos, da profissão. Relativamente às etapas do processo de profissionalização, o mesmo autor esclarece que, as duas primeiras etapas, atravessaram as últimas décadas do século XVIII e caracterizaram-se pelo exercício a tempo inteiro e pelo estabelecimento de um suporte legal para o exercício da atividade docente. As duas últimas etapas que tiveram lugar já nos séculos XIX e XX caracterizaram-se pela criação de instituições específicas para a formação de professores, proporcionando-lhes um corpo autónomo de saberes e pela constituição de associações profissionais, que permitiram aos professores o acesso a um conjunto de valores éticos.

Já na história mais recente criou-se um mal-estar docente oriundo da crise verificada na educação escolar. Walker e Barton (1987) citados por Ferreira (1994) referem que as causas deste mal-estar terão sido as exigências extremas em relação ao desempenho docente, os salários desajustados e baixo estatuto social, a falta de reconhecimento e conseqüente isolamento profissional, as incertezas, o sentimento de fraqueza e alienação à decadência da ética docente.

Até meados do séc. XX, não houve grande interesse por parte dos investigadores nacionais, sobre esta temática, daí haver pouca produção científica. Apenas apareciam várias reflexões de professores, em revistas escolares, em atas de congressos, em artigos de jornal, etc... Só a partir dos anos sessenta é que se começou a escrever de uma forma ainda um pouco sistematizada, sobre o tema, dentro das universidades (Pacheco, 1995).

Ferreira (1994) diz que este tema surgiu, em Portugal, depois do 25 de Abril de 1974, e desenvolveu-se mais intensamente na década de 80. Nesta década, foram promovidas, por diversas entidades, (Serviços Centrais e Regionais do Ministério da Educação, Instituições do Ensino Superior, Sindicatos e Associações Profissionais) ações de formação para professores que estivessem interessados na sua atualização pedagógica.

Com isto, compreende-se que desde há algumas décadas atrás, os sistemas educativos manifestaram uma clara preocupação em melhorar a qualidade e eficácia da formação dos docentes (Rodrigues & Esteves, 1993). Tanto no seio político, como cultural, como socioeconómico há um acordo nas diversas opiniões de que a formação de professores deve ser entendida como uma forma de educação permanente (Rodrigues & Esteves, 1993).

Rief & Heimburge (2000) complementam, acrescentando que ao longo dos últimos 20/25 anos as pessoas têm recebido formação e por isso têm vindo a mostrar uma visão mais consciente, no que diz respeito às dificuldades de aprendizagem específicas. Atualmente, a ideia de que as crianças com dificuldades de aprendizagem eram preguiçosas e desmotivadas está cada vez mais a desaparecer. Agora, sabe-se muito mais sobre a forma de como ensinar baseando-se nos pontos fortes da criança. Podemos ajudar a criança a ultrapassar os seus pontos fracos recorrendo a ferramentas e estratégias adequadas.

Na opinião de Ainscow (1996), atualmente existe uma abordagem mais positiva em relação a esta matéria e os professores já são mais capazes de reconhecer que as dificuldades de aprendizagem podem resultar de vários fatores, sendo um dos principais, a organização da escola e a disponibilidade e competência dos professores para responder à diversidade de tipos de compreensão, experiências e estilos de aprendizagem das crianças nas salas de aulas.

### **3.2. A imprescindibilidade da formação educacional de professores**

Segundo Day (2001) a formação contínua significa aperfeiçoar o desenvolvimento profissional do professor nas mais variadas vertentes e dimensões. Para tal, é muito importante estabelecer a forma como se organiza e contratualiza a formação de forma a adequá-la às diferentes situações profissionais.

Pacheco (1995) defende que se houver um aperfeiçoamento dos conhecimentos, aptidões e atitudes dos profissionais haverá conseqüentemente uma melhoria na qualidade da educação a proporcionar aos alunos. Assim, esta formação tem como objetivos fundamentais: melhorar a competência profissional dos docentes, nos vários domínios da sua atividade, ou seja mudança para novos saberes relacionados com a prática profissional; incentivar os docentes a participar ativamente na inovação educacional e na melhoria da qualidade da educação e do ensino; adquirir novas competências relativas à especialização exigida pela diferenciação e modernização do sistema educativo.

*“Hoje em dia, ninguém pode pensar adquirir, na juventude, uma bagagem inicial de conhecimentos que lhe baste para toda a vida, porque a evolução rápida do mundo exige uma atualização contínua dos saberes, mesmo que a educação inicial dos jovens tender a prolongar-se” (Delors et al.,2001, p. 103).*

A sociedade tem vindo a sofrer ao longo dos tempos uma verdadeira transformação num sentido evolutivo. Esta situação, também visível no campo da educação, leva-nos a pensar em diversas situações que possibilitem um sistema educativo de qualidade e preparado para dar resposta às exigências escolares existentes.

Assim, tal como defendem Delors et al. (2001) somos levados a concluir que os saberes adquiridos na formação inicial são insuficientes para enfrentar as novas e diferentes exigências da sociedade moderna. Desta forma, é-nos exigido o prolongamento da educação e da formação ao longo de toda a nossa vida profissional não se restringindo assim, a um período determinado, requerendo, por isso, a necessidade de manter mecanismos de formação profissional permanente.

Day (2001) defende que a formação contínua pode produzir um impacto muito significativo no pensamento e na forma de agir dos professores e conseqüentemente na qualidade das experiências de aprendizagem dos alunos, mas para tal é fundamental que

a formação se dirija às necessidades particulares de desenvolvimento dos professores e da escola, pois se assim não for será pouco provável que contribua para melhorar a sua capacidade em se empenharem ativamente a longo prazo.

A aprendizagem com as práticas de trabalho (experiência), a interação com os outros, o enfrentar de situações, a resolução de problemas, a reflexão das dificuldades e dos êxitos e a avaliação e reajustamento das formas de ver e proceder enriquecem, claramente, os saberes de qualquer um profissional da área educativa. Contudo, nem só estes contributos são suficientes para uma melhor prestação, no desempenho profissional dos professores. Considera-se que a formação em diferentes áreas é fundamental. O órgão de gestão da escola deve apoiar os professores permitindo que eles se atualizem no âmbito das tecnologias e dos programas inovadores. Não obstante, os professores devem igualmente mostrar-se interessados em receber formação de forma a desenvolverem as suas aptidões e a manterem-se atualizados (Nóvoa et al., 1994).

Para Delors et al. (2001) uma educação básica bem-sucedida desencadeia o desejo de continuar a aprender. Os mesmos autores concluem, através de estudos realizados em diferentes países sobre a participação posterior dos adultos em actividades educativas e culturais, que a sua participação está relacionada com o nível de escolaridade das pessoas, ou seja quanto mais formado se é, mais desejo se tem de formação.

Torna-se determinante que os professores estejam preparados para atuar não só no espaço interno (sala de aula), mas também no espaço externo (sociedade). Quanto sabemos, a sociedade ainda se encontra, no geral muito preconceituosa e até mesmo segregacionista, apesar de, segundo Correia (1999) existirem muitos estudos a comprovarem que esta ideia se encontra mais atenuada tendo-se já conseguido a esse respeito ganhos sociais consideráveis e autoconceitos mais positivos.

A formação dos professores deve de um modo geral incluir programas/ conteúdos que permitam desenvolver as suas competências enquanto profissional, pois como qualquer profissional o professor tem de dispor de saberes, ou conhecimentos em diversas áreas. Assim é necessário que os professores aprendam a investigar, a produzir o seu próprio conhecimento, através da leitura de publicações existentes, da utilização de recursos tecnológicos e da análise da grande diversidade de materiais didáticos que podem ser utilizados com os alunos. Agindo desta forma, os professores estarão a

contribuir para o seu próprio desenvolvimento pessoal, potencializando a sua atuação pedagógica.

Mas a formação de professores vai muito mais além, pois existem diversos tipos de conhecimento profissional. Pacheco (1995) cita Shulman (1987), entre outros, para identificar os vários tipos de conhecimento englobando a sua componente prática, teórica e técnica: (1) o conhecimento dos conteúdos da disciplina que leciona; (2) o conhecimento pedagógico geral que se traduz nos princípios básicos e métodos para a condução e organização de uma aula; (3) o conhecimento curricular, ou seja o conhecimento de materiais didáticos disponíveis e programas de suporte que sirvam de ferramentas ao professor; (4) o conhecimento do conteúdo pedagógico, ou seja saber ligar o conteúdo da disciplina com a pedagogia, pois é necessários saber como ensinar; (5) o conhecimento dos alunos e das suas características, ou seja saber gerir as aprendizagens individualmente e em grupo; (6) o conhecimento dos contextos educativos, ou seja conhecer a gestão da escola, bem como as características e culturas de toda a comunidade educativa; (7) o conhecimento dos fins educativos, propósitos, valores e seus significados históricos e filosóficos, ou seja, o professor deve conhecer o contexto social, político, histórico da escola e das comunidades que estão envolvidas.

Rief & Heimburge (2000) dizem que é cada vez mais importante que os professores recebam formação contínua em áreas como estratégias de ensino, estruturação, modificações ambientais, adaptações curriculares e apoios. Apenas assim se poderá conseguir que todos os alunos, sem exceções possam alcançar sucesso.

Nóvoa (1997) salienta, neste âmbito, os Estados Unidos da América (grande potência mundial). Nesta nação existem relatórios antigos que indicavam haver uma crise no ensino, porque as crianças não estavam a adquirir as competências e os conhecimentos básicos. A partir daí começou a tornar-se necessário um ensino de melhor qualidade para que se pudesse preservar vários valores, mas sobretudo a vertente cultural da nação. E foi assim que, visando uma reforma no ensino, se passou a considerar fundamental investir na preparação de professores e nas suas condições de trabalho.

Esta tomada de posição deve ser adotada em todas as nações, pois como já referimos anteriormente a evolução verificada em todas as sociedades obriga a que todos os cidadãos a elas pertencentes sejam obrigados a uma constante atualização dos seus saberes, nos diversos domínios, não só por razões de ordem profissional como

também pela necessidade que temos em tomar consciência da realidade que gira em torno de nós.

Assim, terminamos com a opinião de Day (2001) que considera os professores como o trunfo primordial para a construção de uma sociedade de aprendizagem. Todavia, o mesmo autor entende que a promoção dos valores de aprendizagem permanente e a sua capacidade de ajudar, com sucesso os seus alunos estão dependentes da qualidade das oportunidades de formação e de desenvolvimento, ao longo das suas carreiras profissionais e da cultura do meio onde estão inseridos.

*“Para melhorar a qualidade da educação, é preciso antes de mais melhorar o recrutamento, estatuto social e condições de trabalho, dos professores, pois estes só poderão responder ao que deles se espera, se possuírem os conhecimentos e competências, as qualidades pessoais, as possibilidades profissionais e a motivação requeridas” (Delors, et al, 2001, p.131).*

## **CAPÍTULO IV – ESTADO DA ARTE**

No âmbito da hiperatividade muito se tem investigado, quer nacionalmente quer internacionalmente. Contudo, especificamente sobre a necessidade de formação, por parte dos professores, nesta área, o leque de estudos não se revelou tão abrangente. Passemos assim, a referenciar alguns estudos realizados, nacional e internacionalmente, que apontam para a necessidade de formação e intervenção em contexto escolar.

Atribuímos especial destaque ao estudo nacional de Leal (2010), pela semelhança do seu objetivo principal, com o que neste trabalho de investigação, nos propomos alcançar. Este estudo proporcionou o conhecimento das problemáticas dos alunos com PHDA e os benefícios de uma intervenção adequada, quer ao nível comportamental, quer ao nível académico. A autora formou dois grupos: GC (grupo controle) e GE (grupo experimental). Sujeitou os dois grupos a um pré-teste e um pós-teste. Aplicou ao GE um programa de formação e intervenção na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PFI-PHDA), durante três meses. O objetivo deste programa foi proporcionar aos docentes conhecimentos teóricos, práticos e interventivos dotando-os de um conhecimento de “saber-fazer”. Após a aplicação deste programa de formação verificou-se que este contribuiu significativamente para a apropriação de conhecimentos sobre a PHDA, o que se refletiu na adequação das práticas educativas aos problemas advindos desta perturbação. Esta melhoria repercutiu-se no comportamento, verificando-se melhorias significativas tanto no comportamento como na atenção e realização académica dos alunos com PHDA. O mesmo não se verificou no GC que não foi submetido ao programa de formação.

Um outro estudo português levado a cabo por Fernandes (2007) prova também que há uma insuficiência de conhecimentos desta problemática, quer na formação inicial, quer contínua, dos docentes. Este autor deixa votos para que futuramente se aposte mais na formação de professores, sobre PHDA, de modo a possibilitar um desempenho mais positivo dentro da sala de aula.

Mais recentemente, Lourenço (2009), num estudo igualmente nacional, refere que os professores atribuem muita importância às estratégias educativas, na sala de aula, como forma de ajudar as crianças com PHDA a colmatarem as suas dificuldades ao nível das aprendizagens académicas. Contudo, neste estudo, os intervenientes assumem ter pouca informação anterior relativamente a este transtorno,

pelo que revelam ter falta de conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à importância da medicação como forma de intervenção importante para atenuar os sintomas desta perturbação, e o que é mais importante ainda, sentem muita dificuldade em relação às atitudes que devem tomar, quando têm na sala uma criança com PHDA.

No mesmo ano, em Portugal, também Júlio (2009) chamou a atenção, no seu estudo, para a necessidade de assegurar que os professores do ensino regular, professores da Educação Especial, psicólogos e terapeutas, a trabalhar com crianças com esta patologia, usufruam de formação qualificada. O autor pode constatar, através da sua investigação que a maioria destes técnicos se encontra sensibilizada para esta questão e que também se encontra esclarecida no que diz respeito às suas causas e formas de intervenção, mas reforça a ideia de que ainda continua a haver muito trabalho pela frente, no sentido de assegurar quês estes mesmos técnicos disponham de formação e informação suficientes e de qualidade, uma vez que continuam a verificar-se referências ao nível da etiologia desta perturbação distantes das principais tendências de investigação.

Paralelamente a estes estudos nacionais existem outras investigações internacionais que também apontam para a necessidade de os professores atualizarem os seus conhecimentos para poderem intervir da forma mais adequada possível.

Um estudo, na Áustria, levado a cabo por Bekle (2004) apresenta como resultados a falta de conhecimento, nesta área, pelos professores. Assim, refere há uma grande necessidade de mais formação de professores, de modo a atenderem diretamente às necessidades, dos seus alunos com PHDA.

No Canadá, Foy (2005) mostra, no seu estudo que os professores sentem necessidade de formação na área da PHDA, nomeadamente no contexto das intervenções educacionais eficazes a implementar com os seus alunos. Segundo o mesmo autor, são os próprios professores a sugerir uma eventual mudança no currículo, aquando a formação de base. O autor acrescenta que, perante estes resultados, os professores devem atualizar regularmente os seus conhecimentos sobre PHDA, pois desta forma, poderão intervir e contribuir para uma melhoria nos resultados dos seus alunos e não se confinarem exclusivamente à intervenção farmacológica, como forma de tratamento desta patologia.

Também na África do Sul, o estudo de Kleynhans (2005), mostra que são necessários cursos para professores, quer antes de iniciar a sua profissionalização, quer

durante a sua carreira profissional, de modo a que sejam facultados aos docentes conhecimentos e estratégias de intervenção nos comportamentos e na realização académica dos alunos com PHDA.

De Espanha destacamos também o estudo levado a cabo por Fernández, Mínguez e Casas (2007). Este estudo concluiu que para melhorar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos com PHDA é fundamental apostar na formação específica dessa temática, sendo essa formação extensível ao percurso profissional de cada docente. Estes autores corroboram com a ideia de Foy (2005), no que diz respeito à reforma na educação. Ambos os estudos reportam para a necessidade de ajustar o currículo, na formação de base.

Na mesma linha de pensamento, Cela e Herreras (2008), podem afirmar, a partir do seu estudo que o primeiro passo a dar, na intervenção em contexto escolar da PHDA é a formação de base dos docentes, pois só assim será possível a referência das crianças com PHDA e posterior tratamento adequado, no contexto escolar.

No Brasil, também Gomes (2007) levou a cabo um estudo que englobou vários especialistas como médicos, psicólogos, professores e educadores. Através dos resultados obtidos no seu estudo pode comprovar que estes profissionais de saúde e educação faziam diagnósticos e tratamentos inadequados, por acreditarem em crenças sem suporte científico comprovado. Desde modo, deixam apelo para a criação de programas de informação sobre PHDA.

Perante esta análise, concluímos que a necessidade de formação permanente é agora e mais do que nunca essencial, pois verificámos que nos vários cantos do mundo, nem sempre é prestada a ajuda que estas crianças realmente necessitam. Um simples conhecimento desta patologia, não é deveras suficiente para corresponder às necessidades e correto tratamento. Por essa razão, todos nós enquanto profissionais, reconhecemos cada vez mais a pertinência da constante formação de professores, não apenas nesta área, mas em todas aquelas que diretamente se relacionam com os nossos alunos.



## **CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO**

No segundo momento deste trabalho de investigação apresentaremos os resultados da análise dos dados que recolhemos junto dos docentes inquiridos e as respetivas discussões.

### **5.1 Metodologia**

Segundo Almeida & Pinto (1986), os instrumentos padronizados para recolha de informação, onde também se enquadra este, utilizado por nós, nesta investigação - inquérito por questionário, contribuíram imensamente para que o processo de observação sociológica fosse uma fase dos trabalhos científicos cada vez mais sistemática e controlada. Contudo, os mesmos autores reforçam a ideia de que este avanço é apenas possível através do contributo da parte teórica que é vista como um conjunto de conceitos organizados e uma relação entre esses mesmos conceitos.

Assim, neste capítulo, será feita uma abordagem às questões metodológicas que servem como orientação a esta investigação e que surgiram na sequência da parte teórica, pelo que esta última servirá sempre de suporte à investigação levada a cabo.

Anunciaremos a pergunta de partida, ou seja o problema que nos levou à exploração desta dissertação, o tipo de investigação, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos seguidos.

Os procedimentos metodológicos utilizados no instrumento de recolha de dados adotado e tratamento dos dados serão descritos ao pormenor, ou seja descreveremos com o máximo rigor possível todo o processo e a forma como os dados foram recolhidos, interpretados e sintetizados.

### **5.2 Linha condutora da investigação**

Ao que sabemos, no nosso país, mais de metade dos alunos com Necessidades educativas especiais, não está a receber uma educação apropriada às suas características e necessidades, embora se torne cada vez mais evidente que a sua educação tenha vindo a atravessar mudanças significativas (Correia, 2008).

Deste quadro que se afigura cada vez mais preocupante, fazem também parte as crianças com PHDA.

É inquietante o facto de estas crianças se sentirem tantas vezes incompreendidas e ignoradas pelas pessoas que as rodeiam. Chegam à escola cheias de talento e de boas intenções e acabam por não conseguir vencer, por falta de ajuda, quer por parte dos colegas, quer dos professores, e mesmo mais raramente, por parte dos próprios pais (Falardeau, 1997).

Não obstante, verificamos, nas nossas práticas, que apesar de haver pessoas que ainda se encontram reticentes face a estas crianças, a maioria parece realmente estar motivada e empenhada, em querer ajudá-las, mas o que é realmente preocupante é que, muitas vezes, não sabem como fazê-lo.

Assim, torna-se cada vez mais necessário, que todos os especialistas que trabalham diretamente com a criança, estejam, o mais familiarizados possível com esta problemática, a fim de saber agir da forma mais coerente e conseqüentemente, conseguir dar resposta às suas necessidades.

Destacamos, neste contexto, a importância da necessidade de formação, por parte do professor, sendo este o que mais tempo dedica a estas crianças. Se o professor não tiver conhecimentos suficientes, será incapaz de avaliar uma criança com este tipo de patologia, bem como prestar-lhe a ajuda necessária. É muito importante o modo como os estes profissionais da educação põem em prática os seus saberes, pois estes podem ser constituídos como um facilitador ou então aumentar as dificuldades da criança.

Pela importância que atribuímos ao papel do professor, relativamente a esta temática, tencionamos com este estudo saber se há intenção, por parte dos professores, em atualizar os seus conhecimentos, através de formações contínuas, ou se pelo contrário, não há preocupações em ajudar quem realmente se propuseram ajudar, mantendo-se apenas com a formação de base.

### **5.3 A problemática e a questão de partida**

Uma investigação nasce, a partir da identificação de um problema. Tal como refere Afonso (2005) um problema de investigação inicia-se com a produção do conhecimento da realidade social de uma determinada situação, surgindo a questão: “o que é que não sabemos e queremos saber?”

Assim, esta etapa metodológica do processo de investigação tem como objetivo descobrir elementos teóricos que justifiquem a inclusão do problema que levantamos

em quadros teóricos já definidos, patentes e testados em outras investigações já desenvolvidas, (Azevedo & Azevedo, 2003), daí a pertinência do levantamento que fizemos dos estudos realizados, ainda na componente teórica.

O problema deve, segundo Rudio (1983), ser devidamente enunciado e bem formulado, para que não nos sintamos perdidos, pois a maneira como concebemos o problema é que nos vai levar a decidir quais as questões científicas que devemos considerar e/ou desvalorizar.

Também importa aqui referir a opinião de Quivy & Campenhout (2005) ao preferirem que a questão de partida deve ser antes de mais precisa, concisa, facilmente compreendida e claramente adequada ao fim em vista.

Assim, sabendo que é fundamental que os professores saibam gerir os comportamentos e utilizar estratégias de intervenção adequadas junto de crianças com PDAH, somos levados a colocar a seguinte pergunta de partida: **Será que há diferenças significativas nos conhecimentos, perceções e práticas dos professores, face à PHDA, em função da formação recebida?**

#### 5.4 Objetivos do estudo

A seleção deste estudo assenta particularmente nas discussões e pesquisas que levei a cabo, quando me deparei com dois casos de crianças hiperativas dentro da mesma classe com total diferença entre elas. Assim, a incapacidade que senti, muitas vezes, no contacto direto com elas, levou a que eu sentisse vontade de selecionar um tópico de interesse ao qual quis dedicar todo o meu esforço, no sentido de obter novos conhecimentos contribuindo para melhores práticas na minha vida profissional e para aqueles que de certa forma atribuírem valor a este estudo. Pretendemos que este estudo venha clarificar os professores, no sentido de os fazer perceber a importância da formação contínua, visando melhorar a intervenção em contexto escolar.

Assim, de acordo com a temática em estudo, especificamos, neste ponto, os principais objetivos que nortearam a realização desta investigação.

O problema central deste trabalho orienta-se em torno do seguinte objetivo principal: **perceber se a formação contínua de professores os habilita com conhecimentos sobre as crianças com PHDA.**

A partir deste objetivo geral pretendemos dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Averiguar se os professores do 1º CEB conhecem a realidade dos seus alunos com PHDA;
- Verificar se os professores do 1º CEB recebem formação contínua sobre PHDA;
- Identificar o grau de conhecimentos dos docentes do 1º CEB sobre a PHDA;
- Conhecer as medidas e estratégias de intervenção mais utilizadas pelos professores, junto dos alunos com PHDA;
- Analisar os efeitos da formação contínua frequentada, nos conhecimentos dos professores do 1º CEB;
- Conhecer os comportamentos e realização académica mais frequentes das crianças com PHDA.

### **5.5 Tipo de investigação**

Segundo Dias (2009), a pesquisa descritiva presume que o investigador possua conhecimentos prévios sobre a temática que pretende estudar. Assim, este deverá definir o que tenciona avaliar, descobrindo os métodos e as técnicas mais adequados para obter resultados fiáveis e válidos.

Nesta linha, sob o ponto de vista metodológico, o tipo de investigação adotado foi o Plano Descritivo por Inquérito, uma vez que, segundo Almeida e Freire (2003) o plano descritivo assenta na descrição de um fenómeno, na identificação de variáveis e inventariação de fatos.

Vários investigadores referem que a técnica mais apropriada para os estudos descritivos é o questionário (Dias, 2010).

Neste sentido, uma vez que recorreremos ao inquérito por questionário para a recolha de dados, a nossa investigação assenta numa abordagem quantitativa que segundo Afonso (2005) utiliza critérios bem definidos no que concerne à amostragem e processos de análise de dados, fundamentados na linguagem da matemática analítica, estatística e da categorização lógica.

Por outro lado, este tipo de investigação assume outra particularidade, a meu ver de forma positiva, pois garante o anonimato e a confidencialidade garantindo imparcialidade nas respostas obtidas (Boavida e Amado, 2006).

## 5.6 Instrumentos e recolha de dados

Pretendendo a nossa investigação recolher dados quantitativos, optámos por um questionário sobre hiperatividade para professores (QHP). O objetivo do mesmo foi recolher dados sobre o conhecimento dos professores acerca da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, as estratégias que utilizam face a esta problemática e relacionar estas duas variáveis com o seu nível académico. Assim, optámos por utilizar, na nossa investigação, um questionário já existente e aplicado numa outra investigação (Leal, 2010) e apesar de existirem outros (Lourenço, 2009; Fernandes, 2007; Júlio, 2009), este pareceu-nos ser o mais indicado para obedecer aos propósitos do nosso estudo e, segundo (Leal, 2010) provou-se, depois da sua aplicação, que a consistência interna dos itens era considerada Boa.

Contudo este questionário foi um pouco mais além do que aquilo que nós pretendíamos estudar, como sendo os comportamentos disruptivos do aluno com PHDA comparativamente com o restante grupo e o seu nível de realização académica. Assim, estas questões serão abordadas superficialmente sendo dada mais ênfase às questões relacionadas com o nosso estudo.

O questionário possui 32 perguntas distribuídas em cinco partes. As questões são na sua maioria fechadas, havendo, nestas, apenas a possibilidade de assinalar uma única resposta. As questões relacionadas com as estratégias adotadas apresentam-se abertas, pois com elas pretendemos recolher as estratégias adotadas e simultaneamente o conhecimento do professor, sobre as estratégias adequadas para o comportamento e para a manutenção da atenção do aluno.

As questões relacionadas com o conhecimento são de apenas uma resposta de escolha múltipla e ainda mais trinta afirmações para serem classificadas de verdadeiro ou falso. Para que melhor se perceba apresentamos a estrutura do questionário, no quadro n.º 4.

Estrutura do questionário sobre Hiperatividade para professores		
Partes	Temas	Questões
Parte I	Dados do professor	1- Género 2- Habilitações académicas 3- Anos de serviço 4- Grupo de recrutamento 5- Tipo de escola 6- Titular de turma de aluno com PHDA 7- Tempo de conhecimento do aluno 8- Idade
	Dados do aluno	9- Ano de escolaridade 10- Retenção

		11- Idade do aluno aquando o diagnóstico 12- Apoios da Escola/Agrupamento 13- Apoios externos à escola 14- Medicação
<b>Parte II</b>	Formação inicial e contínua do professor	15- Formação inicial com formação sobre PHDA 16- Formação contínua sobre PHDA 17- Dificuldades no trabalho direto com alunos com PHDA
<b>Parte III</b>	Conhecimento	18- Grau de conhecimento sobre PHDA 19- Características fundamentais para diagnóstico da PHDA 20- Manifestação nos contextos 21- Prevalência dos sintomas 22- Início dos sintomas 23- Classificação de verdadeiro e falso em questões relacionadas com características da hiperatividade 24- Estratégias utilizadas em comportamentos desajustados 25- Estratégias utilizadas para perpetuar a atenção 26- Estratégias utilizadas que surtiram efeito
<b>Parte IV</b>	Comportamento do aluno	27- Comportamento mais frequente do aluno, comparativamente com os colegas da turma 28- Atenção prestada às tarefas, comparativamente aos colegas da turma 29- Relacionamento com os colegas 30- Grau de prejuízo do comportamento sobre o decurso normal da sala de aula
<b>Parte V</b>	Realização académica	31- Nível de realização académica das áreas curriculares 32- Dificuldades mais acentuadas do aluno

**Quadro 4:** Estrutura do questionário sobre Hiperatividade para professores

Para procedermos à correção das questões relativas ao conhecimento e estratégias de intervenção recorreremos à parte teórica, organizando-as no quadro n.º 5.

<b>Quadro de correção das respostas às questões do conhecimento</b>		
<i>Perguntas</i>	<i>Respostas</i>	<i>Suporte teórico</i>
Quais as características fundamentais para efeitos de diagnóstico de PHDA?	Défice de atenção, Hiperatividade e Impulsividade	APA, 2000
Para efeitos de diagnóstico a criança deve apresentar os sintomas:	Em dois ou mais contextos	APA, 2000
Para efeitos de diagnóstico, os sintomas da criança devem permanecer	Desde há seis meses	APA, 2000
Para efeitos de diagnóstico, o início da apresentação dos sintomas deve	Ter iniciado antes dos sete anos de idade	APA, 2000
A criança com PHDA demonstra sempre um comportamento hiperativo, parece que está sempre “ligada a um motor”	Falso	APA, 2000
A PHDA acarreta uma parcela considerável de sofrimento tanto para os portadores como para os seus familiares	Verdadeiro	Neto, 2010
A criança com PHDA, muito frequentemente é incapaz de tomar atenção a detalhes	Verdadeiro	Parker, 2003
A criança com PHDA, muito frequentemente pode não seguir as regras nem instruções, nem acabar os trabalhos escolares devido à falta de capacidade de perceber as instruções dadas.	Verdadeiro	Parker, 2003
A criança com PHDA, muito frequentemente pode apresentar dificuldades na organização de tarefas e atividades.	Verdadeiro	APA, 2000
Os problemas ocasionados pela PHDA podem acarretar prejuízos à vida da pessoa.	Verdadeiro	APA, 2000
A PHDA não compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas.	Falso	APA, 2000
Uma das causas da PHDA é por corantes químicos na alimentação.	Falso	Barkley, 2002

O ambiente familiar e das principais causas para a PHDA.	Falso	Barkley,2002
As pessoas com PHDA são mais suscetíveis a acidentes.	Verdadeiro	APA, 2000
A contribuição maior para a ocorrência de PHDA deve-se a fatores genéticos e neurológicos.	Verdadeiro	Barkley,2002
A PHDA tem cura.	Falso	Parker, 2003; Sauvé, 2004; Lopes 2004
A criança com PHDA pode não mostrar um comportamento hiperativo.	Verdadeiro	APA,2002
A PHDA pode ser tratada com dietas próprias, especialmente a dieta sem açúcar.	Falso	Barkley,2002
A PHDA divide-se em três subtipos.	Verdadeiro	APA, 2000
A PHDA pode estar associada às dificuldades de aprendizagem.	Verdadeiro	Parker, 2003
A PHDA é uma doença que passa com o tempo.	Falso	Parker, 2003
A criança com PHDA pode, frequentemente, evitar tarefas, ou mostrar desagrado pelas tarefas que requerem esforço mental mais prolongado.	Verdadeiro	APA, 2000
Associado à PHDA pode surgir a Perturbação de Oposição, caracterizada por comportamentos negativistas, hostis e desafiadores.	Verdadeiro	Neto, 2010
O tratamento com medicamentos é prejudicial para a criança com PHDA.	Falso	Neto,2010
Os métodos de tratamento de medicina alternativa podem curar a PHDA.	Falso	Barkley,2002
O uso de medicamentos na PHDA estimula o uso de drogas no futuro.	Falso	Sosin, 2006
A PHDA é caracterizada por comportamentos desafiadores, agressivos e antissociais.	Falso	APA, 2000
Associado à PHDA pode ocorrer a depressão.	Verdadeiro	Neto, 2010
A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de distúrbios psicóticos.	Verdadeiro	APA, 2000
A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de uma Perturbação Generalizada de Desenvolvimento.	Verdadeiro	APA, 2000
Na sala de aula, o lugar do aluno com PHDA tem de ser à frente.	Falso	Sosin, 2006
A organização da sala de aula é relevante na intervenção com o aluno com PHDA.	Verdadeiro	Selikowitz, 2010
Em contexto de sala de aula, a intervenção com o aluno com PHDA é da competência do Professor da Educação Especial ou do Apoio Educativo.	Falso	Boavida & Cordinhã (2008)
Os alunos com PHDA necessitam de cuidados psicopedagógicos diferenciados.	Verdadeiro	Neto,2010; Falardeau, 1997

**Quadro 5:** Quadro de correção das respostas às questões do conhecimento

Para procedermos à correção das questões relativas às estratégias adotadas recorreremos a Leal & Dias (2010) e organizámo-las no quadron.º 6.

Quadro de correção das respostas às questões das estratégias		
Perguntas	Respostas	Referências
Perante comportamentos considerados inadequados do aluno com PHDA que estratégias utiliza?	Ignorar, lembretes, sinais, retirar, alterar a tarefa, contratos, reprimendas.	Vasques,1997; Lopes, 2003; Lopes et al.,2006; Pujol et al.,2006; Wilkinson & Legendijk,2007; Sousa, 2008; Websterstratton, 2006; 2010; EPGP,2009
Que estratégias utiliza no intuito de perpetuar a atenção do aluno com PHDA na tarefa ou atividade?	Tarefas do seu interesse, tarefas curtas, divisão das tarefas em parcelas, alternância das tarefas, tarefas visualmente atrativas, diminuição de estímulos distratores, presença próxima do professor, explicação clara e parcelar das tarefas, pedir que repita as instruções, questionar frequentemente, reforço positivo, feedback imediato, lembretes, sinais e códigos entre o professor e o aluno, valorização do aluno, autorregulação do aluno, agenda diária, lista de tarefas.	Goldstein & Goldstein, 1998; Lefa,2002; Pujol et al.,2006; Websterstratton, 2006; Wilkinson & Legendijk,2007; Pérez & García, 2007; Gawrilow & Gollwitzer, 2008; Top, 2009b

**Quadro 6:** Quadro de correção das respostas às questões das estratégias

**Fonte:** Leal & Dias (2010)

### **5.7 Procedimentos metodológicos**

Para procedermos à recolha de dados enviámos um pedido, por via eletrónica a vários agrupamentos, a fim de obtermos permissão para que os professores que compunham o corpo docente pudessem responder ao questionário. A seleção dos agrupamentos teve em conta os nossos conhecimentos consequentemente a possibilidade de obtermos um maior número de questionários respondidos. Foram recolhidos 117 questionários integralmente e corretamente preenchidos, integrando assim a nossa amostra.

Para procedermos à análise dos dados de forma a avaliar as respostas às questões o questionário, recorremos ao programa SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*)

### **5.8 População e amostra**

Na opinião de Hill e Hill (2005), o investigador não tem, na maior parte das vezes, tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados para cada um dos casos do Universo. Assim, é só possível considerar uma parte dos casos que constituem o Universo. A esta parte dá-se o nome de amostra do Universo.

Assim, o nosso estudo foi dirigido essencialmente a professores do 1º Ciclo, uma vez que é neste grupo que encontramos os profissionais que passam mais tempo com as crianças detentoras desta problemática e que têm mais proximidade das mesmas. Também importa referir que seleccionámos esta amostra pelo facto de pertencermos ao mesmo grupo e pela curiosidade em perceber como é que, na realidade, lidamos com a problemática e o que temos vindo a fazer para contornarmos da melhor forma possível as nossas dificuldades.

Para o nosso estudo entregamos 200 questionários, dos quais, apenas obtivemos 117 respondentes. Contudo, consideramos ser uma amostra representativa. Trata-se de uma amostra aleatória, pois não tivemos a preocupação de selecionar inquiridos.

## 5.9 Apresentação e análise dos resultados

### Parte I

Com a primeira parte do questionário pretendemos conhecer a nossa amostra, ou seja conhecer mais pormenorizadamente os professores inquiridos.

Antes de procedermos à análise dos dados obtidos propriamente dita, salvaguardamos que o questionário ao qual a amostra foi submetida era bastante extenso e exigia acima de tudo uma grande concentração aquando o seu preenchimento. Assim, nos resultados, verificámos ter havido, em algumas situações, omissão de respostas por parte dos respondentes. Contudo, essa situação não se relacionou diretamente com os objetivos que nos propusemos atingir, pelo que não eliminámos os questionários em questão. Descreveremos abaixo essas situações.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra, por género

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	18	15,38%
Feminino	99	84,62%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>

No que se refere ao sexo dos sujeitos verifica-se, através dos dados apresentados na tabela n.º 1, que a maioria, ou seja, 84,62% (n=99) são do sexo feminino. Ascende a 15,38% (n= 18) o número de docentes do sexo masculino inquiridos.

**Tabela 2:** Dados do professor

	Género					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Habilitações académicas</b>						
Bacharelato/Licenciatura	12	14,8%	69	85,2%	81	69,23%
Pós-graduação/especialização	6	21,4%	22	78,6%	28	23,93%
Mestrado	0	0,0%	8	100,0%	8	6,84%
Doutoramento	0	,0%	0	,0%	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>15,4%</b>	<b>99</b>	<b>84,6%</b>	<b>117</b>	<b>100,00%</b>
<b>Tempo de Serviço Docente</b>						
Menos de 12 anos	6	15,0%	34	85,0%	40	34,19%
Entre 12 e 23 anos	8	16,7%	40	83,3%	48	41,03%
Entre 24 e 35 anos	4	13,8%	25	86,2%	29	24,79%

<b>Total</b>	18	15,4%	99	84,6%	117	100,00%
<b>Tipo de Escola</b>						
<b>Urbana</b>	7	17,1%	34	82,9%	41	35,34%
<b>Rural</b>	11	14,7%	64	85,3%	75	64,66%
<b>Total</b>	18	15,5%	98	84,5%	116	100,00%
<b>Sem resposta</b>					1	

Na tabela n.º 2 agrupamos várias questões para facilitar a sua análise e podermos relacioná-las mais facilmente entre si.

No que concerne às habilitações académicas dos docentes da amostra, verificamos que a maior parte, 69,23% (n=81) dos inquiridos apenas possuem o grau de Bacharelato/Licenciatura. Optámos por agrupar a Pós graduação e a Especialização, porque em ambas são tratados, basicamente, os mesmos conteúdos. Assim, verificamos que em muito menos percentagem apenas 23,93% (n=28), possuem pós graduação ou especialização. Apenas 6,84% (n=8) correspondentes apenas ao sexo feminino possuem mestrado e finalmente nenhum dos docentes inquiridos possuem doutoramento. Desta abordagem, concluímos que não há uma evidente preocupação, por parte dos docentes, inquiridos, em dar prosseguimento à sua formação, permanecendo a maior parte com sua formação de base.

Relativamente ao tempo de serviço prestado pelos docentes inquiridos, optámos por recodificar estes dados em três grupos. Preocupámo-nos em codificar um intervalo de tempo de forma a abranger os que estavam mais ou menos no início da carreira, outro intervalo de tempo para os que já possuíam alguma experiência profissional e outro para aqueles que já estariam ou no final da carreira, ou com bastante experiência profissional. Assim, a maioria dos respondentes situa-se no grupo dos que possuem entre 12 e 23 anos de serviço docente, ou seja, 41,03% (n=48) dos inquiridos, possuem já alguma experiência profissional. De seguida vêm os que possuem menos de 12 anos de serviço que correspondem a 34,19% (n=40) do universo e por último, em menor quantidade, 24,79% (n=29) os que possuem entre 24 e 35 anos de serviço.

O tipo de escola onde estes docentes exercem as suas funções é uma questão que não foi respondida por todos. Um inquirido não respondeu, pelo que não será possível concluir a 100% neste item. Mesmo assim, é-nos permitido saber se a maior parte leciona em meio rural ou urbano podendo assim associar esta variável com a necessidade e ou preocupação de formação. Assim, dos respondentes 64,66% (n=75)

leccionam em meio rural e os restantes 35,34% (n=41) leccionam em meio urbano. Neste sentido, verificámos que a maior parte leciona em meios rurais e talvez advenha dessa situação, juntamente com o facto de uma percentagem significativa de professores terem já largos anos de serviço, haver pouco entusiasmo, no que diz respeito à formação contínua.

**Tabela 3:** Trabalho direto com o aluno com PHDA e tempo de permanência com o mesmo aluno

	<b>Género</b>					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Professor(a) titular da turma ou trabalha com algum aluno com PHDA</b>						
<b>Sim</b>	3	8,1%	34	91,9%	37	32,74%
<b>Não</b>	15	19,7%	61	80,3%	76	67,26%
<b>Total</b>	18	15,9%	95	84,1%	113	100,00%
<b>Sem resposta</b>					4	
<b>Trabalha com este aluno com PHDA, há quanto tempo</b>						
<b>Menos de 6 meses</b>	1	9,1%	10	90,9%	11	30,56%
<b>Mais de 6 meses</b>	0	,0%	5	100,0%	5	13,89%
<b>Um ano</b>	1	11,1%	8	88,9%	9	25,00%
<b>Dois anos</b>	0	,0%	6	100,0%	6	16,67%
<b>Mais de dois anos</b>	1	20,0%	4	80,0%	5	13,89%
<b>Total</b>	3	6,5%	33	71,7%	36	100,00%
<b>Sem resposta</b>					1	

Relativamente ao contacto direto com alunos com PHDA, houve também abstenção de resposta por parte de alguns dos inquiridos. Verificámos, através dos dados expostos na tabela n.º 3 que 4 professores não responderam a esta questão. Ao analisarmos todos os questionários, concluímos que alguns não interpretaram corretamente a questão e por isso verificamos um desfasamento entre esta questão e a questão seguinte, relacionada com o tempo de trabalho direto com o aluno. Concluímos que apesar de não serem titulares de turma, trabalham com crianças com PHDA, pois na resposta seguinte verificamos que foram mais os respondentes do que os que afirmaram sim na resposta a esta questão. Assim, segundo os dados obtidos, verificamos que 32,74% (n=37) dos docentes inquiridos trabalha com crianças portadores de PHDA e 67,26% (n=76) não trabalha com crianças com esta patologia.

Na questão seguinte, que analisa o tempo de permanência com o aluno, o número de respondentes não coincide com o número de respostas sim da questão anterior, daí termos concluído ter havido má interpretação. Contudo, verificámos que esta discrepância não interferia com os dados que pretendíamos obter. Dos respondentes a esta questão, 30,56% (n=11) trabalha com este aluno há menos de seis meses; 25,00% (n=9) trabalham há um ano; 16,67% (n=6) dos inquiridos trabalham diretamente com o aluno há dois anos; uma pequena percentagem, 13,89% (n=5) já trabalha com este aluno há mais de dois anos; finalmente e em igual percentagem, 13,89% (n=5) dos inquiridos responderam que trabalham com este aluno há mais de seis meses.

Seguidamente, analisaremos as respostas dos professores relativamente às questões relacionadas com estes alunos. O objetivo da análise das questões seguintes foi procurar saber se os professores conhecem a realidade dos seus alunos, ao mesmo tempo que teremos a oportunidade de conhecer a realidade destas crianças bem como o apoio que recebem face à sua problemática.

**Tabela 4:** Distribuição dos alunos com PHDA, por idades

<b>Idade dos alunos com PHDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>5 anos</b>	1	2,94%
<b>6 anos</b>	3	8,82%
<b>7 anos</b>	12	35,29%
<b>8 anos</b>	7	20,59%
<b>9 anos</b>	6	17,65%
<b>10 anos</b>	5	14,71%
<b>Total</b>	34	100,00%
<b>Sem resposta</b>	3	

Ao analisarmos a tabela n.º 4 verificámos continuar a haver abstenção de respostas. Neste caso, foram três os inquiridos que não responderam a esta questão.

Com os resultados expostos na tabela verificámos que 2,94% (n=1) dos alunos, com os quais estes professores trabalham têm 5 anos, portanto este aluno terá entrado precocemente para o 1º Ciclo do Ensino básico; 8,82% (n=3) têm 6anos; 35,29% (n=12) têm 7 anos; 20,59% (n=7) têm 8 anos; 17,65 (n=6) têm 9 anos e finalmente 14,17% (n=5) destas crianças têm 10 anos.

**Tabela 5:** Distribuição dos alunos com PHDA, por anos de escolaridade

Ano de escolaridade	N	%
1º ano	6	17,14%
2º ano	13	37,14%
3º ano	8	22,86%
4º ano	8	22,86%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,00%</b>
<b>Sem resposta</b>	<b>2</b>	

Ao analisarmos os dados da tabela n.º 5 concluímos que os alunos fazem parte de diferentes anos de escolaridade. Assim, 17,14% (n=6) estão incorporados no 1º ano de escolaridade; 37,14% (n=13) incorporam o 2º ano de escolaridade; 22,86% fazem parte do 3º ano de escolaridade e por último, fazem parte do 4º ano de escolaridade 22,86% (n=8) dos alunos. Verificamos ter havido abstenção de resposta por parte de dois inquiridos.

**Tabela 6:** Anos de escolaridade na turma onde se inclui o aluno com PHDA

Existem outros anos de escolaridade, na turma onde o aluno com PHDA se inclui?	N	%
<b>Sim</b>	<b>25</b>	<b>67,57%</b>
<b>Não</b>	<b>10</b>	<b>27,03%</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

Pela análise das respostas à questão exposta na tabela n.º 6 podemos verificar que uma percentagem significativa de alunos está inserida numa turma composta por vários anos de escolaridade. 67,57% (n=25) dos alunos fazem parte de uma turma com mais do que um ano de escolaridade e apenas 27,03% (n=10) dos alunos estão inseridos numa turma com um único ano de escolaridade.

Sabendo que se torna mais difícil e desgastante trabalhar com vários anos de escolaridade, dentro da mesma turma, concluímos que estão em minoria aqueles com que há mais probabilidade de se fazer um melhor trabalho, de acordo com as exigências deste tipo de crianças, ou seja a maior parte destes alunos não tem possibilidade de receber todo o apoio de que necessita, por causa da heterogeneidade do restante grupo e do esforço que isso implica para o professor.

**Tabela 7:** Totalidade de alunos na turma onde o aluno com PHDA se insere

<b>Número de alunos da turma</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menos de 15 alunos</b>	4	11,43%
<b>Entre 15 e 19 alunos</b>	13	37,14%
<b>Entre 20 e 25 alunos</b>	18	51,43%
<b>Total</b>	35	100,00%
<b>Sem resposta</b>	2	

Através dos dados que preenchem a tabela n.º 7, pudemos saber a quantidade de alunos nas turmas onde os alunos estão inseridos, ou seja se se trata de turmas lotadas, ou se pelo contrário são turmas pequenas. Assim, verificámos que 2 dos inquiridos não responderam a esta questão; 11,43% (n=4) fazem parte de turmas com menos de 15 alunos; 37,14% (n=13) estão incorporados em turmas entre 15 a 19 alunos e em maior percentagem 51,43% (n=18) fazem parte de turmas com grande número de alunos (entre 20 a 25). Esta situação é perfeitamente compreensível, pois atualmente as turmas são muito mais numerosas do que há poucos anos. Assim, esta situação contribui também de forma negativa para a possibilidade de poder ser feito um melhor trabalho junto destas crianças.

**Tabela 8:** Retenções dos alunos com PHDA

<b>O aluno já teve alguma retenção?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	7	19,44%
<b>Não</b>	29	80,56%
<b>Total</b>	36	100,00%
<b>Sem resposta</b>	1	

A partir da análise da tabela n.º 8 verificámos que uma elevada percentagem de alunos, nunca teve retenções, pelo que, comparativamente ao suporte teórico do nosso estudo, verificámos haver concordância. Normalmente, estas crianças são bastante inteligentes, sendo apenas prejudicadas pela sua desatenção e inquietude. Apenas 19,44% (n=7) já teve retenções e 80,56% (n=29) nunca sofreu nenhuma retenção. Esta situação, num universo de 37 crianças, é muito significativa.

**Tabela 9:** Idade do aluno aquando o diagnóstico

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>2 anos</b>	1	3,11%
<b>3 anos</b>	2	6,25%
<b>4 anos</b>	3	9,38%
<b>5 anos</b>	3	9,38%
<b>6 anos</b>	12	37,50%
<b>7 anos</b>	7	21,88%
<b>8 anos</b>	4	12,50%
<b>Total</b>	32	100,00%
<b>Sem resposta</b>	5	

No que concerne à idade com que o aluno foi diagnosticado verificámos, segundo as respostas a esta questão distribuídas na tabela n.º 9, que a maior parte foi diagnosticada, como de facto verificámos, na componente teórica da investigação, à entrada do ensino primário.

Assim, 3,11% (n=1) foi diagnosticado muito precocemente, com apenas dois anos de idade; 6,25% (n=2) foi igualmente diagnosticado precocemente, com apenas três anos de idade; 9,38% (n=3) foi diagnosticado com quatro anos de idade; a mesma percentagem e número foram diagnosticados com 5 anos de idade; 37,50% (n=12) foi diagnosticado com seis anos de idade; 21,88% (n=7) foi com sete anos e 12,50% (n=4) foi com 8 anos. Houve abstenção de resposta por parte de 5 inquiridos. Desconhecemos, tal como em todas as outras abstenções, a causa da abstenção. Talvez fosse por desconhecimento ou descuido, aquando o preenchimento do questionário.

**Tabela 10:** O aluno está sinalizado na Educação Especial

<b>O aluno está sinalizado na Educação Especial</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	14	41,18%
<b>Não</b>	20	58,82%
<b>Total</b>	34	100,00%
<b>Sem resposta</b>	3	

A tabela n.º 10 permite-nos saber se estas crianças com PHDA estão todas sinalizadas na Educação Especial. Apesar de verificarmos abstenção de resposta por parte de alguns dos respondentes, é possível estabelecer um balanço, com as restantes respostas.

Assim, verificámos que, no nosso universo de 34 crianças, a maior parte delas não se encontram sinalizadas, pelo que não recebem qualquer apoio especializado que vá ao encontro das suas necessidades, ou seja, 58,82% (n=20) recebem apenas o apoio do professor titular de turma e as restantes 41,18% (n=14) é que têm a possibilidade de receber algum apoio especializado, como complemento.

Tal como é sabido, as turmas onde se inserem estes alunos têm, ainda, também outros casos pontuais de Ensino Especial, ou não, e por essa razão o professor titular de turma vê-se, muitas vezes, incapaz de corresponder à grande diversidade de dificuldades existentes na turma.

**Tabela 11:** Tempo que o docente de Educação Especial dedica ao aluno por semana

Horas semanais dedicadas ao aluno pelo professor de E.E.	N	%
1 hora	2	14,29%
2 horas	6	42,86%
3 horas	2	14,29%
4 horas	1	7,14%
5 horas	1	7,14%
7 horas	1	7,14%
12 horas	1	7,14%
<b>Total</b>	14	100,00%

No desenrolar desta análise ao apoio recebido, importa-nos também conhecer o número de horas que as crianças abrangidas pelo Ensino Especial recebem semanalmente. Assim, depois de termos analisado a tabela n.º11, concluímos que o número de horas é extremamente reduzido. A maior parte, ou seja, 42,86% (n=6) recebem apoio apenas duas horas por semana. À medida que aumenta o número de horas verificámos que diminui o número de alunos a beneficiar do apoio.

**Tabela 12:** O aluno está a usufruir de outros apoios na Escola/Agrupamento

O aluno usufrui de outros apoios?	N	%
Sim	13	38,24%
Não	17	50,00%
Não sei	4	11,76%
<b>Total</b>	34	100,00%
<b>Sem resposta</b>	3	

Ao analisamos a tabela n.º 12, somos levados a concluir que para além do Ensino Especial algumas Escolas/Agrupamentos facultam ainda às crianças outros tipos de apoio. Contudo são mais os que não recebem outro tipo de apoio (50,00% (n=17)) do que aqueles que recebem (38,24% (n=13)). Três dos inquiridos abstiveram-se, nesta questão. Por outro lado, verificámos que 4 dos professores inquiridos desconhecem se o seu aluno está a receber algum tipo de apoio na Escola/Agrupamento.

**Tabela 13:** Outros apoios que o aluno usufrui dentro do agrupamento

<b>De que outros apoios o aluno usufrui dentro da Escola/ Agrupamento?</b>	
	<b>Nº</b>
<b>Apoio Socioeducativo</b>	3
<b>Apoio psicológico</b>	4
<b>Terapia da fala</b>	4
<b>Natação</b>	1
<b>Professor do Ensino Especial</b>	2
<b>Terapia ocupacional</b>	1
<b>Plano de recuperação</b>	1
<b>Total de respondentes</b>	12
<b>Sem resposta</b>	1

À questão apresentada na tabela n.º 13, apenas responderam 12 professores ao invés de 13 que foi o total de respostas sim, na questão anterior. Houve, portanto, 1 abstenção. Os apoios mais mencionados pelos professores foram o apoio psicológico e a terapia da fala seguido de apoio socioeducativo.

**Tabela 14:** O aluno é acompanhado por técnicos de saúde mental fora do contexto escolar

<b>Recebe apoio fora do contexto escolar?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	21	60,00%
<b>Não</b>	11	31,43%
<b>Não sei</b>	3	8,57%
<b>Total</b>	35	100,00%
<b>Sem resposta</b>	2	

Verificámos, através das respostas dadas à questão explanada na tabela n.º 14, que grande parte destes alunos recebe apoio extra. Há, portanto uma manifesta preocupação por parte da família em ajudar a criança, quer seja através do médico de família, quer seja particularmente. Deste universo de 35 crianças, uma vez que se

verificou abstenção de resposta, por parte de dois inquiridos; 60,00% (n=21) recebem outro tipo de apoio; 31,43% (n=11), não recebem mais qualquer tipo de apoio que as possa ajudar a suprir, ou atenuar as suas dificuldades. Dois professores desconhecem se o seu aluno recebe apoio fora do contexto escolar.

**Tabela 15:** Acompanhamento fora do contexto escolar

<b>Que acompanhamento tem o aluno fora do contexto escolar?</b>	
	<b>N.º</b>
<b>Psicólogo</b>	3
<b>Médicos (Clínica geral, pedopsiquiatria, psiquiatria)</b>	6
<b>Terapeuta</b>	1
<b>Total de respondentes</b>	10
<b>Sem resposta</b>	11

À questão que compõe a tabela n.º 15, apenas 10 inquiridos responderam, dos 21 que responderam sim na questão anterior. Assim verificámos uma grande abstenção. O motivo da não resposta será provavelmente desconhecimento por parte dos professores sobre o apoio recebido pelos seus alunos fora do contexto escolar. Ainda assim, podemos constatar que o acompanhamento mais referido pelos respondentes foi apoio clínico, ou seja acompanhamento por médicos especialistas.

**Tabela 16:** O aluno está a ser medicado

<b>O aluno está a ser medicado?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	23	65,71%
<b>Não</b>	6	17,14%
<b>Não sei</b>	6	17,14%
<b>Total</b>	35	100,00%
<b>Sem resposta</b>	2	

Os dados obtidos a partir da questão exposta na tabela n.º 16, são muito importantes e permitem-nos concluir que, felizmente a maior parte das crianças com PHDA diagnosticado, recebem tratamento farmacológico. Sabemos, a partir de informação recolhida para a componente teórica, que os medicamentos ajudam a criança a controlar os seus impulsos, regulando a sua atividade motora a focalizar a sua atenção por períodos, mais ou menos alargados, de tempo e a mostrar um comportamento socialmente aceitável. Desta forma torna-se muito menos penoso quer para a criança

quer para quem trabalha diretamente com ela. As crianças que necessitam de tratamento medicamentoso correspondem, portanto, a 65,71% (n=23), do universo. Contudo, verificámos que há ainda 17,14% (n=6) que não recebem. Atrevemo-nos a concluir que provavelmente os sintomas destas crianças sejam ligeiros e não seja por isso necessário recorrer a este tipo de tratamento. Talvez tratamento comportamental seja o suficiente.

Continuamos a verificar desconhecimento, por parte dos inquiridos, sendo desta vez 6, se o seu aluno recebe tratamento medicamentoso. Dois professores abstiveram-se na resposta.

Ao analisarmos todas as respostas às questões relacionadas com os dados do aluno, pudemos verificar que, no geral os professores conhecem a realidade dos seus alunos, pois uma grande parte foi respondendo a todas as questões. No entanto, verificámos que em todas elas houve algumas abstenções nas respostas, bem como manifestação clara de desconhecimento, ao responderem “não sei”, o que nos leva a concluir que possivelmente estes professores, não possuíam conhecimentos suficientes, na altura do preenchimento do questionário, para poderem dar resposta às questões onde se abstiveram.

**Tabela 17:** Medicação administrada pelo aluno

<b>Que medicação faz o aluno?</b>	
	<b>N.º</b>
<b>Ritalina</b>	4
<b>Rubifen</b>	1
<b>Concerta</b>	1
<b>Não especificada</b>	3
<b>Total de respondentes</b>	<b>8</b>

Para esta questão deveríamos ter um total de 23 respondentes, mas apenas obtivemos 8. Mais uma vez verificámos uma grande percentagem de abstenção por parte dos professores inquiridos. Pelos dados obtidos e representados na tabela anterior pudemos verificar que um dos medicamentos muito prescrito é a Ritalina, pois num universo de 8 respondentes, metade responderam este medicamento, sendo por isso representativo.

## Parte II

Com a parte II do questionário tínhamos como objetivo principal verificar se os professores do 1º CEB recebem formação contínua sobre PHDA ao longo da sua carreira profissional.

**Tabela 18:** PHDA na formação inicial

Na formação inicial teve alguma disciplina onde abordasse a temática PHDA	N	%
Sim	31	26,5%
Não	86	73,5%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>

Verificou-se, a partir dos dados da tabela n.º 18, que uma grande percentagem de docentes, 73,5% (n=86) que não tiveram na sua formação de base qualquer formação sobre Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. Os restantes 26,5% (n=31) tiveram disciplinas que abordaram este tema.

**Tabela 19:** Disciplinas frequentadas na formação de base que abordaram a PHDA

Na formação inicial teve alguma disciplina onde abordasse a temática PHDA?	N.º
Saúde	1
Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem	8
NEE	12
Pedagogia Especial	1
Especialização em Educação Especial	5
Dificuldades de Aprendizagem	2
Patologia Infantil	1
<b>Total</b>	<b>30</b>
<b>Sem resposta</b>	<b>1</b>

À questão representada na tabela n.º 19, respondeu quase a totalidade de professores que respondeu “sim” na questão anterior. Verificámos apenas uma abstenção. A disciplina mais referenciada pelos respondentes foi NEE (Necessidades Educativas Especiais), seguida de Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem.

**Tabela 20:** Formação específica sobre PHDA

Durante o percurso profissional já fez formação específica sobre PHDA?	N	%
Sim	13	11,1%
Não	103	88,0%
Sem resposta	1	0,9%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>

Ao analisarmos os dados que preenchem a tabela n.º 20, concluímos que ao longo da sua carreira profissional os professores não recebem formação, nesta área. São números bastante significativos. 88% (n=103) dos docentes nunca receberam formação e apenas uma pequena percentagem, 11,1% (n=13), recebeu formação nesta área.

**Tabela 21:** Formação específica sobre PHDA recebida durante o percurso profissional

Que formação específica já fez sobre PHDA, durante o percurso profissional?	N.º
PHDA na sala de aula	4
Formação em Ensino Especial (Pós-graduação/Especialização/Mestrado)	4
<b>Total</b>	<b>8</b>
<b>Sem resposta</b>	<b>5</b>

A análise da tabela n.º 21 permite-nos conhecer que tipo de formação os professores inquiridos têm vindo a fazer ao longo do seu percurso profissional. Dos 13 professores que respondeu “sim”, na questão anterior, apenas 8 complementaram a sua resposta. Os restantes 5 abstiveram-se. Das respostas obtidas verificamos que metade dos respondentes já fizeram formação no âmbito da PHDA em contexto de sala de aula e a outra metade fez formação especializada em Educação Especial.

**Tabela 22:** Dificuldades sentidas no trabalho direto com alunos com PHDA

Sente dificuldades no trabalho direto com alunos com PHDA?	N	%
Sim	86	73,50%
Não	30	25,64%
Sem resposta	1	0,85%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00%</b>

No que diz respeito ao trabalho com crianças hiperativas, questão apresentada na tabela n.º 22, a maior parte dos professores confessa sentir dificuldades. Referimo-nos a uma percentagem de 73,50% (n=86) de professores que muitas vezes não sabem como

atuar perante determinados comportamentos. Ainda assim 25, 64% (n=30) dos inquiridos revela não ter qualquer dificuldade no contacto com estas crianças. Estes últimos dados poderão estar relacionados com o número de professores que dizem ter recebido formação sobre PHDA na sua formação inicial e poderão ainda estar entre os treze que receberam alguma formação ao longo do seu percurso profissional.

**Tabela 23:** Grau de dificuldade no trabalho direto com alunos com PHDA

<b>Qual o grau de dificuldade no trabalho direto com alunos com PHDA?</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Muito pouco	1	1,16%
Pouco	3	3,49%
Razoável	54	62,79%
Muito	18	20,93%
Bastante	10	11,63%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Com a questão apresentada na tabela n.º 23, pretendíamos conhecer o grau de dificuldade sentida pelos docentes que manifestaram ter dificuldade. Assim, concluímos que 46,2% (n=54) sentem um grau de dificuldade razoável, o que nos permite concluir que poderão sentir dificuldades em apenas algumas situações. Podemos também verificar que a maior percentagem se situa entre o razoável e o bastante. Uma pequena minoria situa-se entre o muito pouco e o pouco, o que é deveras preocupante, no sentido em que são muito poucos os professores que dizem não sentir dificuldades no trabalho com os seus alunos.

**Tabela 24:** Dificuldades sentidas no trabalho direto com alunos com PHDA

<b>Quais as dificuldades sentidas no trabalho direto com alunos com PHDA?</b>	<b>N.º</b>
Estratégias de interesse e motivação	21
Estratégias de atenção/concentração	30
Estratégias de organização	7
Estratégias de ensino adequadas	17
Controlar estímulos e comportamentos	26
Corresponder às necessidades do aluno	6
Desenvolver os pontos fortes da criança	1
Implementar regras	1
<b>Total</b>	<b>109</b>

A tabela n.º 24 permite-nos identificar as principais dificuldades sentidas pelos professores, no trabalho direto com os seus alunos com PHDA.

Assim, tentámos agrupar as várias respostas que obtivemos, com o intuito de facilitar a leitura dos resultados.

O total de respostas apresentadas nesta questão não é relevante, pois alguns professores apontaram mais do que uma dificuldade pelo que o número apresentado no total é relativamente maior do que o número de professores que referiram sentir dificuldades na questão presente na tabela 22 que foram 86. Esta situação deve-se ao facto de esta questão ser uma questão aberta e os professores terem dado mais do que uma resposta.

Uma vez exposta a situação, verificámos, a partir dos dados desta tabela, que a dificuldade mais mencionada (n=30) foi a de encontrar estratégias de atenção/concentração; igualmente muito referenciada por uma grande parte dos professores (n= 26) foi a dificuldade em controlar estímulos e comportamentos. Importa também referir, pela sua relevância em número de respostas, a dificuldade em encontrar estratégias de interesse e motivação. Esta estratégia foi referida por 21 professores; 17 professores apontaram a dificuldade em encontrar estratégias de ensino adequadas com principal dificuldade; 6 apontaram a dificuldade em corresponder às necessidades dos alunos, ou seja dar-lhes mais atenção e apoio individualizado, vigiando mais regularmente o seu desempenho; por último, muito pouco referenciadas, aparecem a dificuldade em desenvolver os pontos fortes da criança e a dificuldade em implementar regras, apenas cada uma delas referenciada por uma pessoa.

### Parte III

Com a parte III do questionário pretendíamos identificar o grau de conhecimentos dos docentes inquiridos sobre PHDA.

**Tabela 25:** Grau de conhecimentos sobre PHDA

<b>Atualmente considera que a nível da problemática PHDA se encontra</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sem conhecimentos</b>	5	4,3%
<b>Com poucos conhecimentos</b>	56	47,9%
<b>Com conhecimentos suficientes</b>	44	37,6%
<b>Com muitos conhecimentos</b>	7	6,0%
<b>Com bastantes conhecimentos</b>	5	4,3%
<b>Total</b>	117	100,0%

Depois da análise aos dados expostos na tabela n.º 25, verificámos que uma grande percentagem se situa entre o item “sem conhecimentos” e “conhecimentos suficientes”, pelo que uma pequena percentagem se sente à vontade no trabalho direto com alunos com PHDA. Apenas 6% (n=7) se consideram portadores de muitos conhecimentos e 4,3% (n=5) se consideram portadores de bastantes conhecimentos. É um número muito reduzido para uma amostra tão grande.

**Tabela 26:** Características fundamentais no diagnóstico de PHDA

Características fundamentais para o diagnóstico de PHDA		N	%
Agressividade		33	28,2%
Teimosia		31	26,5%
Hiperatividade	Resposta correta	107	91,5%
Má educação		0	0,0%
Défice de atenção	Resposta correta	112	95,7%
Atraso global de desenvolvimento		16	13,7%
Impulsividade	Resposta correta	82	70,1%
Irritabilidade		49	41,9%
		Total (N=117)	

Ao analisarmos as respostas dadas à questão representada na tabela n.º 26, verificámos que, apesar de terem dado outras respostas erradas, o que mostra desconhecimento por parte dos inquiridos, as respostas corretas foram assinaladas pela maioria dos respondentes. A menos assinalada foi, no entanto a impulsividade. A hiperatividade foi assinalada por 91,5% (n=107); o défice de atenção foi assinalado por 95,7% (n=112) e a impulsividade foi assinalada por 70,1% (n=82).

Verificando assim, que a maioria sabe que estas três características são fundamentais para o diagnóstico é possível expectar que, na sua atividade docente, o professor seja capaz de saber que uma criança que reúne estas três condições pode ser uma criança hiperativa e assim proceder ao pedido para avaliação para posterior referenciação.

**Tabela 27:** Em que contextos deve apresentar sintomas

Para efeitos de diagnóstico da PHDA, a criança deve		N.º	%
Apresentar os sintomas apenas em um contexto (ex: casa/escola/amigos)		13	11,1%
Apresentar os sintomas em apenas dois contextos		13	11,1%
Apresentar os sintomas em mais de dois contextos	Resposta correta	23	19,7%
Apresentar os sintomas em todos os contextos		68	58,1%
		Total (N=117)	

Ao analisarmos as respostas dadas à questão apresentada na tabela n.º 27, pudemos verificar que a maior parte dos respondentes, entendem que os sintomas devem estar presentes em todos os contextos (58,1% (n=68)). Apenas 19,7% (n=23) deram a resposta certa. Uma percentagem de 11,1% (n=13) consideram que os sintomas devem estar presentes em apenas dois contextos e a mesma percentagem considera que devem estar presentes em apenas um contexto. Assim, reunindo as respostas erradas são muito mais do que as certas o que mostra claro desconhecimento.

**Tabela 28:** Duração dos sintomas

Para efeitos de diagnóstico da PHDA, os sintomas apresentados pela criança devem:		N	%
Permanecer há 3 meses		9	7,7%
Permanecer há mais de 3 meses		22	18,8%
Permanecer há menos de 6 meses		8	6,8%
Permanecer desde há 6 meses	Resposta correta	76	65,0%
		Total (N=117)	

A partir dos dados obtidos na questão apresentada na tabela n.º 28, também concluímos que há falta de conhecimento. Apesar da maior parte, 65% (n=76) terem respondido acertadamente, verifica-se uma grande quantidade de respostas erradas.

**Tabela 29:** Início da apresentação dos sintomas na criança

Para efeitos de diagnóstico da PHDA, o início da apresentação dos sintomas na criança devem:		N.º	%
Ter iniciado antes dos 7 anos de idade	Resposta correta	98	83,8%
Ter iniciado depois dos 7 anos de idade		10	8,5%
Ter iniciado entre os 7 e os 8 anos de idade		6	5,1
Ter iniciado aos 8 nos de idade		1	0,9%
Ter iniciado depois dos 8 anos de idade		1	0,9%
	Sem resposta	1	0,9%
		Total (N=117)	

Apesar de ter havido, na questão apresentada pela tabela n.º 29, algumas respostas erradas, o seu número é pouco significativo. A maior parte, ou seja, 83,8% (n=98) respondeu acertadamente e sabendo por isso que os problemas devem ser manifestados antes dos sete anos de idade, embora se saiba que muitos são apenas diagnosticados depois de os sintomas terem estado presentes depois de vários anos.

**Tabela 30:** Conhecimentos gerais sobre PHDA

Conhecimentos gerais sobre PHDA				
			N.º	% de respostas certas
A criança com PHDA demonstra sempre um comportamento hiperativo, parece que está sempre “ligada a um motor”.	F	V	82	29%
		F	33	
A PHDA acarreta uma parcela considerável de sofrimento tanto para os portadores como para os seus familiares.	V	V	106	91%
		F	10	
A criança com PHDA, muito frequentemente é incapaz de tomar atenção a detalhes.	V	V	84	72%
		F	33	
A criança com PHDA, muito frequentemente pode não seguir as regras nem instruções nem acabar os trabalhos escolares devido à falta de capacidade de perceber as instruções dadas.	V	V	93	79%
		F	24	
A criança com PHDA, muito frequentemente pode apresentar dificuldades na organização de tarefas e atividades.	V	V	109	93%
		F	8	
Os problemas ocasionados pela PHDA podem acarretar prejuízos à vida da pessoa.	V	V	95	82%
		F	21	
A PHDA não compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas.	F	V	42	63%
		F	73	
Uma das causas da PHDA é por corantes químicos na alimentação.	F	V	9	92%
		F	106	
O ambiente familiar é das principais causas para a PHDA.	F	V	30	74%
		F	86	
As pessoas com PHDA são mais suscetíveis a acidentes.	V	V	86	74%
		F	30	
A contribuição maior para a ocorrência da PHDA deve-se a fatores genéticos e neurológicos.	V	V	99	87%
		F	15	
A PHDA tem cura.	F	V	32	71%
		F	78	
A criança com PHDA pode não demonstrar um comportamento hiperativo.	V	V	82	72%
		F	32	
A PHDA pode ser tratada com dietas próprias especialmente a dieta sem açúcar.	F	V	22	80%
		F	87	
A PHDA divide-se em três subtipos.	V	V	66	69%
		F	30	
A PHDA pode estar associada às dificuldades de aprendizagem.	V	V	91	81%
		F	21	
A PHDA é uma doença que passa com o tempo.	F	V	18	84%
		F	96	
A criança com PHDA pode frequentemente evitar tarefas, ou mostrar desagrado pelas tarefas que requerem esforço mental mais prolongado.	V	V	110	94%
		F	7	
Associado à PHDA pode surgir a Perturbação de Oposição, caracterizada por comportamentos negativistas, hostis e desafiadores.	V	V	103	92%
		F	9	
O tratamento com medicamentos é prejudicial para a criança com PHDA.	F	V	20	82%
		F	90	

Os métodos de tratamento da medicina alternativa podem curar a PHDA.	F	V	32	68%
		F	69	
O uso de medicamentos na PHDA estimula o uso de drogas no futuro.	F	V	14	88%
		F	98	
A PHDA é caracterizada por comportamentos desafiantes, agressivos e antissociais.	F	V	69	39%
		F	45	
Associado à PHDA pode ocorrer a depressão.	V	V	87	80%
		F	22	
A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de distúrbios psicóticos.	V	V	98	88%
		F	13	
A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de uma Perturbação Generalizada de Desenvolvimento.	V	V	88	79%
		F	24	
Na sala de aula, o lugar do aluno com PHDA tem de ser à frente.	F	V	85	25%
		F	28	
A organização da sala de aula é relevante na intervenção com o aluno com PHDA.	V	V	95	81%
		F	22	
Em contexto de sala de aula, a intervenção com o aluno com PHDA é da competência do professor da educação especial ou do apoio educativo.	F	V	29	75%
		F	87	
Os alunos com PHDA necessitam de cuidados psicopedagógicos diferenciados.	V	V	105	91%
		F	10	

A partir da análise à tabela n.º 30, pudemos confirmar se os professores estão, ou não, dotados de conhecimentos sobre esta temática. Procurámos agrupar nesta tabela as respostas às questões, de modo a facilitar a leitura dos dados; o número de pessoas que responderam verdadeiro, ou falso; e por último a percentagem de respostas certas.

Há que ter em conta que nem todos os professores responderam a todas as questões. Assim a percentagem de respostas certa incide no número de pessoas que responderam a cada questão individualmente e não à totalidade da nossa amostra (n=117). Fomos, deste modo, levados a concluir que as questões que ficaram por preencher estariam na origem do desconhecimento por parte do professor, nesse campo.

Analisando esmiuçadamente os dados da tabela, verificamos logo na primeira questão que a maior parte dos professores 29% (n=33) partilham a ideia de que uma criança hiperativa manifesta sempre muito movimento motor, o que na realidade não é. Podem sim manifestá-lo frequentemente.

No geral, os professores estão conscientes do impacto desta situação na própria criança e nas pessoas que lidam com ela.

Muitos professores sabem também que a maior parte destas crianças não é capaz de prestar atenção a detalhes e revela grandes dificuldades em perceber a

informação que recebe. Ainda assim há uma percentagem significativa de professores que assim não entende, aplicando muitas vezes sanções injustamente.

Na sua maioria 93% (n=109) sabem que este tipo de crianças sente muita dificuldade em organizar-se nos seus trabalhos.

Apenas 63% (n=73) dos professores inquiridos sabem que a PHDA pode comprometer os mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todos os indivíduos.

Uma elevada percentagem 92% (n=106) concorda que corantes químicos não dão origem à PHDA., mas relativamente ao ambiente familiar como causa principal da PHDA são menos os que estão conscientes de que não é uma causa, mas sim uma contribuição. Representam um número significativo 87% (n=99) os que sabem que a origem desta patologia está relacionada com fatores genéticos e neurobiológicos. Ainda assim houve algumas respostas erradas, neste campo.

Nem todos reconhecem que estas pessoas estão mais sujeitas a acidentes, por se envolverem em atividades perigosas sem se aperceberem das possíveis consequências.

Um grande número de pessoas (n=32) considera que a PHDA tem cura, o que é uma inverdade, pois apenas podem atenuar, com o tempo, os sintomas. Quando se pergunta se a PHDA passa com o tempo já são mais os que reconhecem que não passa 84% (n=96). Muitos dos inquiridos 80% (n=87) consideram que a dieta “sem açúcar” não ajuda a tratar a PHDA. Relativamente ao tratamento com medicamentos, são muitos os que acreditam, e bem, que estes não são prejudiciais para a criança (82% (n=90)). Também se verificou, através dos dados da tabela, que no geral, 88% (n=98), estão conscientes de que o uso de medicamentos, não estimula o consumo de drogas no futuro. Já em relação à medicina alternativa se verifica uma divisão nas respostas. Uma parte considera que este tipo de tratamento pode curar a PHDA, outros não. Na verdade, definitivamente, não cura.

72% (n=82) dos inquiridos sabe que uma criança com PHDA pode não ser hiperativa e uma grande percentagem reconhece que podem estar associadas outras perturbações como por exemplo Perturbações de Oposição (92% (n=103)).

São muitos mais os que sabem da existência de três tipos para a hiperatividade do que os que desconhecem esse facto.

Relativamente à associação da PHDA com as dificuldades de aprendizagem, é significativo o número de professores que considera haver associação (81% (n=91)).

A grande maioria dos inquiridos sabe que as crianças recusam fazer atividades que obriguem a uma concentração elevada e prolongada (94% (n=110)).

No que diz respeito ao facto de PHDA ser caracterizada por comportamentos agressivos, desafiadores e antissociais, ainda permanece na mente dos professores inquiridos, esse mito. Apenas 39% (n=45) sabe que nem sempre isso acontece.

Muitos dos professores respondentes acreditam que pode ocorrer depressão em crianças com esta patologia. No entanto, há ainda quem pense que não há possibilidade de isso acontecer.

Quando se questiona se a PHDA ocorre exclusivamente no decurso de distúrbios psicóticos ou no decurso de uma perturbação generalizada do desenvolvimento, as opiniões estão também claramente divididas, pois são informações das quais os professores pouco dispõem e com as quais melhor lidam os técnicos especializados.

Relativamente ao contexto de sala de aula, a grande maioria, 81% (n=95) sabe que a organização da sala de aula é muito importante, mas admitem (n=85), erradamente, que o lugar do aluno terá que ser à frente. Reconhecem, no geral, 91% (n=105), que estes alunos necessitam de pedagogia diferenciada, o que é muito importante, pois assim mostrar estar conscientes das necessidades destes alunos.

Apesar de haver muitos que sabem que o trabalho com estas crianças é da sua responsabilidade podendo recorrer à ajuda dos professores do Ensino Especial e do apoio educativo, há ainda alguns (n=29) que assim não o entendem.

Fazendo agora uma análise vertical da tabela, tendo em conta a percentagem de respostas certas, concluímos que há campos onde os inquiridos mostraram mais dificuldade em responder acertadamente, como é o caso do tratamento e eventualmente a cura. Verificámos também que existem professores que nem sempre agem da melhor forma na sala de aula, descartando responsabilidades ou lidando de forma incorreta com as situações.

Apesar de termos verificado algumas irregularidades, não é total o desconhecimento por parte dos professores, o que prova quem nem sempre estas crianças são vítimas de desajustamentos.

**Tabela 31:** Estratégias utilizadas perante comportamentos inadequados

<b>Que estratégias utiliza perante comportamentos inadequados do aluno com TDAH?</b>	<b>N.º</b>
<b>Ensino individualizado</b>	11
<b>Criar métodos e ambientes favoráveis à aprendizagem</b>	9
<b>Reforço positivo</b>	21
<b>Dialogar com o aluno</b>	36
<b>Dialogar com o encarregado de educação</b>	16
<b>Reprender/ estabelecer regras</b>	38
<b>Pedagogia diferenciada</b>	3
<b>Alterar a tarefa</b>	7
<b>Estabelecer contratos</b>	7
<b>Lembretes</b>	6
<b>Ignorar</b>	6
<b>Atribuir responsabilidades e mantê-lo mais ativo</b>	4
<b>Supervisão frequente</b>	2
<b>Não especificadas</b>	6

Uma vez mais, a tabela n.º 31 apresenta os resultados de uma questão aberta, situação em que os professores podem dar mais do que uma resposta.

Ao analisarmos a tabela verificamos que uma estratégia adotada por muitos dos professores inquiridos (n=38) é sem dúvida o estabelecimento de regras. Continuando numa análise decrescente verificamos que seguidamente é apontada a estratégia do diálogo com o aluno (n=36); seguidamente aparece o reforço positivo apontado por 21 professores; depois o ensino individualizado que foi também uma estratégia referenciada por 11 respondentes; ainda digna de registo aparece a criação de ambientes favoráveis à aprendizagem e seguidamente são ainda referenciadas, embora por um número de professores muito mais reduzido, outras estratégias como: alterar tarefas, estabelecer contratos, lembrar, ignorar, atribuir responsabilidades e supervisionar. Verificámos ainda ter havido algumas respostas não especificadas, pois os professores declaravam que as estratégias que utilizavam dependiam da situação.

**Tabela 32:** Estratégias utilizadas para perpetuar a atenção do aluno

<b>Que estratégias é que utiliza no sentido de perpetuar a atenção do aluno com TDAH?</b>	<b>N.º</b>
Dialogar e trabalhar em grupo	2
Atividades e estratégias motivadoras e diversificadas	53
Reforço positivo	17
Apoio individualizado	9
Estimular a participação	10
Presença próxima do professor	15
Eliminar distratores	9
Atribuir cargos de responsabilidade e chefia	10
Supervisionar e autorregular o aluno (relatar frequentemente o trabalho desenvolvido)	17
Alternar tarefas	2
Recompensar	3
Estabelecer contratos com o aluno	7
Elaborar lista de tarefas	1
Ignorar	1
Pedagogia diferenciada	50

A tabela n.º 32 apresenta também dados referentes a uma questão aberta. Com esta questão pretendíamos conhecer as estratégias mais adotadas pelos professores para conseguir manter o seu aluno atento por períodos mais alargados de tempo. Importa salvaguardar que sendo esta uma questão aberta, é certo que o número de respostas ultrapasse o número de professores respondentes.

Neste sentido a estratégia mais mencionada pelos professores inquiridos (n=53) foi a implementação de atividades e estratégias motivadoras e diversificadas. Uma outra estratégia muito referida foi a pedagogia diferenciada (n=50). Continuando a análise de forma decrescente verificamos que o reforço positivo e a supervisão e autorregulação do aluno são também duas estratégias referenciadas por um número significativo de professores (n=17). Ascende a um total de 15 professores, os que declararam a presença próxima do professor. As estratégias: atribuir cargos de chefia e estimular a participação foram ambas referidas por 10 professores. O apoio individualizado e a eliminação de distratores foram também ambas mencionadas por 9 respondentes e ainda 7 dos professores inquiridos apontaram como estratégia o estabelecimento de contratos com o aluno. Outras estratégias foram ainda referenciadas como: ignorar, elaborar listas de tarefas, alterar tarefas, recompensar e dialogar e trabalhar em grupo; mas estas apareceram em número muito reduzido.

**Tabela 33:** Estratégias que surtiram o efeito desejado

<b>Quais das estratégias mencionadas anteriormente surtiram o efeito desejado?</b>	<b>N.º</b>
<b>Reforço positivo</b>	10
<b>Apoio individualizado</b>	6
<b>Estimular a participação</b>	4
<b>Alterar tarefas</b>	1
<b>Tarefas curtas com objetivos bem definidos</b>	10
<b>Discurso oral</b>	1
<b>Imposição de regras</b>	2
<b>Contratos</b>	4
<b>Presença próxima do professor</b>	3
<b>Eliminar distratores</b>	2
<b>Sem medicação nenhuma surte efeito</b>	1
<b>Atribuição de responsabilidades</b>	2
<b>Pedagogia diferenciada</b>	9
<b>Dialogar com o Encarregado de Educação</b>	2
<b>Atividades e estratégias motivadoras e diversificadas</b>	10
<b>Recompensar</b>	2

Com a questão representada na tabela n.º 33 pretendíamos saber quais das estratégias mencionadas na tabela 32 surtem mais efeito, na perspetiva dos professores inquiridos. Constatámos que muitos dos professores inquiridos não responderam nesta questão.

Assim, através das respostas dadas verificámos que no ponto de vista dos professores as estratégias que se revelam ser mais eficazes são o reforço positivo, a implementação de tarefas curtas e com objetivos muito bem definidos, para evitar a falta de compreensão por parte do aluno, e a implementação de atividades e estratégias motivadoras e diversificadas. A pedagogia diferenciada apontada por 9 professores e o apoio individualizado, apontado por 6 docentes são também duas estratégias eficazes sob o seu ponto de vista. Outras há ainda, contudo em número pouco significativo.

#### **Parte IV**

Com esta parte do questionário pretendíamos verificar quais os comportamentos mais habituais dos alunos com PHDA, tanto nos relacionamentos com os seus pares como em contexto de sala de aula.

**Tabela 34:** Comportamento mais frequente do aluno com PHDA

<b>Qual o comportamento mais frequente do seu aluno com PHDA?</b>		
	N.º	%
Às vezes manifesta comportamentos desadequados	18	29,0%
Manifesta frequentemente comportamentos desadequados	41	66,1%
Manifesta sempre comportamentos desadequados	3	4,8%
<b>Total</b>	62	100,0%
<b>Sem resposta</b>	55	

A partir da análise dos resultados presentes na tabela n.º 34 podemos verificar que no geral, as crianças hiperativas revelam frequentemente comportamentos desajustados. Ascende a 66,1% (n=41) os professores que afirmam esta realidade. Felizmente são poucos os que revelam sempre comportamentos desadequados (4,8%/n=3) e ainda é significativo o número de alunos que apenas às vezes manifesta desajuste nos seus comportamentos (29,0%/n=18). Há uma grande abstenção nesta questão, por parte dos professores.

**Tabela 35:** Atenção prestada, nas tarefas escolares pelo aluno com PHDA

<b>Que atenção presta o seu aluno com PHDA relativamente às tarefas escolares?</b>		
	N.º	%
Às vezes, presta pouca atenção às tarefas ou “ordens” dadas	15	24,2%
Muitas vezes não presta atenção às tarefas ou “ordens” dadas	41	66,1%
Quase sempre não presta atenção às tarefas ou “ordens” dadas	6	9,7%
<b>Total</b>	62	100,0%
<b>Sem resposta</b>	55	

A questão exposta na tabela n.º 35 aborda a capacidade de direcionar e manter a atenção às tarefas propostas pelo professor, por parte do aluno. Assim, constatamos que a maior percentagem de respostas (66,1%) n= 41 incide sobre a categoria de muitas vezes não prestar atenção às tarefas e ordens dadas, o que vai ao encontro da componente teórica deste estudo. Os desafios escolares afetam verdadeiramente uma criança hiperativa que revele prejuízos na sua atenção, fazendo-o por vezes experimentar grandes sofrimentos. Em pouca percentagem (9,7%) n= 6 aparecem os que quase sempre não prestam atenção. Por último e com um número ainda significativo (24,2%) n=15 estão os alunos que às vezes prestam pouca atenção. Verificámos ter havido também, nesta questão uma grande abstenção por parte dos professores.

**Tabela 36:** Relacionamento com os colegas

<b>Que relacionamento tem o seu aluno com PHDA, com os colegas?</b>		
	N.º	%
<b>Tem um ótimo relacionamento com os colegas, não cria conflitos</b>	2	3,2%
<b>Tem um bom relacionamento com os colegas, raramente se envolve em conflitos</b>	8	12,9%
<b>Tem um relacionamento razoável com os colegas, por vezes envolve-se em conflitos</b>	37	59,7%
<b>Tem fraco relacionamento com os colegas, envolve-se muitas vezes em conflitos</b>	11	17,7%
<b>Tem mau relacionamento com os colegas, envolve-se constantemente em conflitos</b>	4	6,5%
<b>Total</b>	62	100,0%
<b>Sem resposta</b>	55	

Os resultados obtidos na questão da tabela n.º 36, permitem-nos saber se os alunos com PHDA são sempre conflituosos ou se essa situação varia de criança para criança.

Assim, verificámos que as respostas se centram na sua maioria entre relacionamento razoável e fraco. A maior parte, 59,7% (n=37) apresenta um relacionamento razoável, com os colegas, envolvendo-se apenas, às vezes, em conflitos; 17,7% (n=11) tem fraco relacionamento envolvendo-se muitas vezes em conflitos. Felizmente, apenas 6,5% (n=4) se envolve constantemente em conflitos. Contudo, também são muito poucos os que nunca criam conflitos e os que raramente se envolvem em conflitos. Sabemos que no geral estas crianças apresentam-se conflituosas provocando muitas vezes situações embaraçosas e sendo posteriormente colocadas de parte pelos seus pares.

**Tabela 37:** Comportamento do aluno em contexto de sala de aula

<b>Qual o comportamento do seu aluno em contexto de sala de aula?</b>		
	N.º	%
<b>Não prejudica o funcionamento da sala de aula</b>	3	4,8%
<b>Prejudica pouco o funcionamento da sala de aula</b>	21	33,3%
<b>Prejudica muito o funcionamento da sala de aula</b>	39	61,9%
<b>Total</b>	63	100,0%
<b>Sem resposta</b>	54	

Através da análise dos resultados apresentados pela tabela n.º 37 pudemos verificar, apesar da quantidade de abstenções, por parte dos professores inquiridos, que prevalece a ideia de que estes alunos prejudicam muito o funcionamento da sala de aula. Referimo-nos a uma taxa de 61,9% (n=39)

## Parte V

Com esta parte do questionário tínhamos como objetivo perceber o nível de realização académica apresentada por estes alunos, nas diferentes áreas curriculares, bem como conhecer as suas principais dificuldades.

**Tabela 38:** Nível de realização académica na área de Língua Portuguesa

<b>Comparativamente aos colegas, qual o nível da realização académica, do aluno com PHDA a Língua Portuguesa?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Acima do nível da turma</b>	6	5,5%
<b>Ao mesmo nível da turma</b>	58	53,2%
<b>Abaixo do nível da turma</b>	45	41,3%
<b>Total de Respostas</b>	109	100,0%
<b>Sem respostas</b>	8	

Analisados os dados expostos na tabela n.º 38, podemos verificar que, apesar de termos detetado alguma abstenção por parte dos respondentes, a esta questão (n=8), a realização académica da maior parte das crianças com hiperatividade se situa num ponto positivo. Esta afirmação vai ao encontro do que disse na componente teórica. Na maior parte dos casos, as crianças com hiperatividade são crianças dotadas de grandes capacidades. Contudo, é ainda significativa a percentagem de alunos (41,3%) que se encontram abaixo do nível da turma. A situação é preocupante, pois desconhecemos as razões que levam esta situação a acontecer. Esta situação poderá advir, eventualmente de dificuldades cognitivas das próprias crianças, como também poderá ser falta de apoio, por parte dos professores e da própria escola, capaz de despertar as potencialidades das crianças.

**Tabela 39:** Nível de realização académica na área de Matemática

<b>Comparativamente aos colegas, qual o nível da realização académica, do aluno com PHDA, a Matemática?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Acima do nível da turma</b>	21	19,3%
<b>Ao mesmo nível da turma</b>	48	44,0%
<b>Abaixo do nível da turma</b>	40	36,7%
<b>Total de Respostas</b>	109	100,0%
<b>Sem respostas</b>	8	

A tabela n.º 39 continua a mostrar-nos dados relativos à prestação das crianças com PHDA. A partir dos mesmos dados podemos verificar que a área de Matemática se mostra uma área particular de interesse destas crianças, pois é menos monótona que qualquer uma das outras, contudo exige muita concentração e exige igualmente que essa mesma concentração se estenda por períodos mais alargados de tempo; o que afeta a prestação destes alunos. Comparativamente com os dados representados na tabela 38, verificamos que os que se encontram abaixo do nível da turma são quase os mesmos. Apenas mais uma criança se encontra abaixo do nível da turma, na área de Matemática. No entanto, são muito mais os que se encontram agora acima do nível da turma (19,3% n=21). Na área de Língua Portuguesa as crianças situavam-se mais ao mesmo nível da turma, ao passo que na área de Matemática as crianças que se situavam ao mesmo nível da turma passaram a situar-se acima do nível da turma, o que comprova a sua tendência relativamente às áreas disciplinares.

**Tabela 40:** Nível de realização académica na área de Estudo do Meio

<b>Comparativamente aos colegas, qual o nível da realização académica, do aluno com PHDA, a Estudo do Meio?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Acima do nível da turma</b>	11	10,1%
<b>Ao mesmo nível da turma</b>	65	59,6%
<b>Abaixo do nível da turma</b>	33	30,3%
<b>Total de Respostas</b>	109	100,0%
<b>Sem respostas</b>	8	

A tabela n.º 40 apresenta dados relativos à prestação destas crianças na área de Estudo do Meio.

Por ser uma área que efetivamente exige pouco das crianças e se reporta para o mundo que as rodeia, mostra ser uma área menos preocupante, pois as crianças vão conseguindo intervir de forma positiva. Contudo, esta tabela ainda nos mostra que 30,3% (n=33) dos alunos também se encontra abaixo do nível da turma. Apesar, da maioria mostrar resultados positivos, ainda é significativo o número de casos negativos.

**Tabela 41:** Nível de realização académica na área de Expressões

<b>Comparativamente aos colegas, qual o nível da realização académica, do aluno com PHDA, a Expressões?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Acima do nível da turma</b>	9	8,3%
<b>Ao mesmo nível da turma</b>	60	55,6%
<b>Abaixo do nível da turma</b>	39	36,1%
<b>Total de Respostas</b>	108	100,0%
<b>Sem respostas</b>	9	

A área das expressões é efetivamente uma área onde este tipo de crianças mostra o seu estado de espírito, no momento. Pode começar por fazer trabalhos muito organizados e muito bonitos e de um momento para o outro destruí-los. Pode nem chegar a começar a fazer nada de concreto, como também pode começar e acabar um trabalho de forma coerente e organizada, sendo capaz de mostrar o que realmente é capaz de fazer.

Verificámos, assim, a partir dos dados explanados na tabela n.º 41 que a maior parte dos alunos se continua a situar entre o mesmo nível da turma. É relativamente baixa a percentagem de alunos que se situa acima do nível da turma e também é um pouco significativa a percentagem de alunos que se encontra abaixo do nível da turma.

Analizadas todas as respostas dadas, importa-nos agora estabelecer correlações. O objetivo desta investigação assenta principalmente em perceber se a formação recebida pelo pessoal decente, influencia ou não, de forma positiva, o seu conhecimento e consequentemente as suas atitudes e perceções.

É neste contexto que iremos seguidamente estabelecer correlação entre as habilitações académicas dos professores inquiridos com as questões relacionadas com o conhecimento e prestação dos professores.

**Tabela 42:** Formação vs Características fundamentais para o diagnóstico de PHDA

<b>Habilitações académicas</b>									
		Bacharelato / Licenciatura (n=81)		Pós- graduação/especialização (n=28)		Mestrado (n=8)		<b>Total (N=117)</b>	
		N	% resp. certas	N	% resp. certas	N	% resp. certas	N	% resp. certas
<b>Agressividade</b>		20	24,7%	11	39,3%	2	25,0%	33	28,2%
<b>Teimosia</b>		21	25,9%	8	28,6%	2	25,0%	31	26,5%
<b>Hiperatividade</b>	Resposta correta	76	93,8%	23	82,1%	8	100,0%	107	91,5%
<b>Má educação</b>		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Défice de atenção</b>	Resposta correta	77	95,1%	27	96,4%	8	100,0%	112	95,7%
<b>Atraso global de desenvolvimento</b>		13	16,0%	1	3,6%	2	25,0%	16	13,7%
<b>Impulsividade</b>	Resposta correta	54	66,7%	24	85,7%	4	50,0%	82	70,1%
<b>Irritabilidade</b>		33	40,7%	13	46,4%	3	37,5%	49	41,9%

A tabela n.º 42 permite-nos relacionar o número de respostas certas relativamente às características fundamentais para o diagnóstico de PHDA, com a formação. A maior parte dos inquiridos possuem apenas um Bacharelato e uma Licenciatura (n=81). São relativamente poucos os que possuem uma especialização (n=28) e ainda menos os que possuem mestrado (n=8).

Feita uma análise aos dados apresentados verificámos que mediante a formação, assim variou a qualidade da resposta.

Relativamente aos licenciados, verificou-se a existência de alguma percentagem de respostas erradas. A hiperatividade e o Défice de Atenção foram, das respostas corretas, as mais assinaladas. Ainda assim, dos 81 licenciados, nem todos as assinalaram. A impulsividade, que também era uma das características, foi assinalada por muito poucos (n=54). Ainda relativamente a este grupo, este assinalou ainda, como características fundamentais da PHDA a irritabilidade, atraso no desenvolvimento e teimosia, sendo significativo o número de respondentes. Todos estão cientes que a má educação não é definitivamente uma característica.

Perante estes resultados relativos aos licenciados, verificámos que há pouca segurança da sua parte, no que diz respeito à classificação de uma criança com hiperatividade.

Dos 28 professores que possuem uma especialização, estão maioritariamente conscientes que as características fundamentais são a hiperatividade, respondida corretamente por 82,1% (n=23) dos inquiridos, o Défice de Atenção, respondido corretamente por 96,4% (n=27) dos inquiridos, e a Impulsividade respondida corretamente por 85,7% (n=24) dos inquiridos. Contudo, verificamos ainda alguma insegurança na resposta dos especializados, uma vez que também assinalaram outras características que não são típicas da hiperatividade.

Dos 8 professores que possuem o grau de mestre assinalaram corretamente, na sua totalidade, a hiperatividade e o défice de atenção. Apenas 50,00% (n=4) assinalaram a impulsividade. Apesar de termos verificado muitas respostas acertadas, também pudemos igualmente verificar que muitos deles também continuaram a dar respostas erradas, ou seja assinalaram características que não são típicas da hiperatividade, para além de terem assinalado as que são.

No geral, verificou-se que 91,5% (n=107) assinalou corretamente a hiperatividade, 95,7% (n=112) assinalou corretamente o défice de atenção e 70,1% (n=82) assinalou corretamente a impulsividade.

Assim, com a análise destes dados concluímos que à medida que aumenta o grau de formação se verifica um aumento de respostas certas. Contudo, pudemos verificar que quer os licenciados, quer os especializados, quer os mestres mostram uma clara e evidente insegurança nas suas respostas, pois um número significativo foi assinalando características erradas. Essa situação poderá eventualmente dever-se ao facto de a especialização destes professores não ter sido desenvolvida no âmbito do Educação Especial.

**Tabela 43:** Formação vs Efeitos de diagnóstico da PHDA

		Habilitações académicas						Total (N=117)	
		Bacharelato / Licenciatura (n=81)		Pós-graduação /especialização (n=28)		Mestrado (n=8)			
		N	% resp. certas	N	% resp. certas	N	% resp. certas	N	% resp. certas
<b>Apresentar os sintomas apenas em um contexto (ex: casa/escola/amigos)</b>		11	13,6%	1	3,6%	1	12,5%	13	11,1%
<b>Apresentar os sintomas em apenas dois contextos</b>		9	11,1%	4	14,3%	0	0,0%	13	11,1%
<b>Apresentar os sintomas em mais de dois contextos</b>	<i>Resposta correta</i>	<b>15</b>	<b>18,5%</b>	<b>6</b>	<b>21,4%</b>	<b>2</b>	<b>25,0%</b>	<b>23</b>	<b>19,7%</b>
<b>Apresentar os sintomas em todos os contextos</b>		46	56,8%	17	60,7%	5	62,5%	68	58,1%

A tabela n.º 43 permite-nos relacionar o número de respostas certas relativamente aos contextos onde os sintomas são apresentados, com o grau de formação dos professores inquiridos.

Assim, verificámos, através dos resultados obtidos que, no geral, 58,1% (n=68), dos inquiridos pensa que a criança deve apresentar sintomas em todos os contextos, o que é manifestamente uma inverdade. A resposta certa foi expressas por uma percentagem muito pouco significativa, 19,7% (n=23), num universo de 117 respondentes.

Analisando grupo a grupo, podemos constatar que dos 81 licenciados apenas 18,5% (n=15) respondeu acertadamente; dos especializados, apenas 21,4% (n=6) deu resposta certa e dos mestres apenas 25,0% (n=2) respondeu corretamente.

**Tabela 44:** Formação vs Para efeitos de diagnóstico, os sintomas apresentados pela criança devem...

<b>Habilitações académicas</b>									
		Bacharelato / Licenciatura (n=81)		Pós-graduação / especialização (n=28)		Mestrado (n=8)		<b>Total (N=117)</b>	
		N	% resp. certas	N	% resp. certas	N	% resp. certas	N	% resp. certas
<b>Permanecer há 3 meses</b>		7	8,6%	1	3,6%	1	12,5%	9	7,7%
<b>Permanecer há mais de 3 meses</b>		18	22,2%	3	10,7%	1	12,5%	22	18,8%
<b>Permanecer há menos de 6 meses</b>		4	4,9%	3	10,7%	1	12,5%	8	6,8%
<b>Permanecer desde há 6 meses</b>	Resp. Correta	50	61,7%	21	75,0%	5	62,5%	76	65,0%

A partir dos dados fornecidos pela tabela n.º 44 podemos relacionar o número de respostas certas relativamente à permanência dos sintomas, com o grau de formação dos professores inquiridos.

Uma vez mais iniciamos pelas respostas dos licenciados que na sua maioria 61,7% (n=50) consideraram que os sintomas devem permanecer desde há seis meses. Num universo de 81 respondentes foi muito significativo o número de respostas erradas. Relativamente aos especializados, 75,0% (n=21) também consideraram ser de seis meses a duração dos sintomas. Num universo de 28 respondentes foi já muito menos significativa a percentagem de respostas erradas. Finalmente os mestres também mostraram desconhecimento, pois num universo de 8 respondentes apenas 5 (62,5%) responderam acertadamente.

No geral, 65,0% (n=76) dos 117 inquiridos deram a resposta correta.

Mais uma vez, a partir da análise destes dados podemos verificar que apesar do grau de formação, continua a haver ainda uma grande insegurança e hesitação nas respostas dos professores. Esta situação leva-nos a acreditar que é necessário haver uma maior preocupação, por parte dos professores em aprofundar os seus conhecimentos nas áreas que estão diretamente relacionadas com o exercício da sua profissão. Muito embora nos tenhamos apercebido existirem professores que deram continuidade à sua formação de base, possuem ainda muitas lacunas em diferentes áreas temáticas, neste caso particular, a hiperatividade.

**Tabela 45:** Formação vs Conhecimento sobre PHDA

		Conhecimentos gerais sobre PHDA							
		Bacharelato /Licenciatura		Pós-graduação/ especialização		Mestrado		Total	
		N	% res. certas	N	% res. certas	N	% res. certas	N	% res. certas
A criança com PHDA demonstra sempre um comportamento hiperativo, parece que está sempre “ligada a um motor”.	F	V 56	29,1%	V 20	28,6%	V 6	25,0%	V 82	29%
		F 23		F 8		F 2		F 33	
A PHDA acarreta uma parcela considerável de sofrimento tanto para os portadores como para os seus familiares.	V	V 73	91,3%	V 26	92,9%	V 7	87,5%	V 106	91%
		F 7		F 2		F 1		F 10	
A criança com PHDA, muito frequentemente é incapaz de tomar atenção a detalhes.	V	V 55	67,9%	V 21	75,0%	V 8	100,0%	V 84	72%
		F 26		F 7		F 0		F 33	
A criança com PHDA, muito frequentemente pode não seguir as regras nem instruções nem acabar os trabalhos escolares devido à falta de capacidade de perceber as instruções dadas.	V	V 61	75,3%	V 25	89,3%	V 7	87,5%	V 93	79%
		F 20		F 3		F 1		F 24	
A criança com PHDA, muito frequentemente pode apresentar dificuldades na organização de tarefas e atividades.	V	V 75	92,6%	V 26	92,9%	V 8	100,0%	V 109	93%
		F 6		F 2		F 0		F 8	
Os problemas ocasionados pela PHDA podem acarretar prejuízos à vida da pessoa.	V	V 64	80,0%	V 26	92,9%	V 5	62,5%	V 95	82%
		F 16		F 2		F 3		F 21	
A PHDA não compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas.	F	V 31	60,8%	V 9	67,9%	V 2	75,0%	V 42	63%
		F 48		F 19		F 6		F 73	
Uma das causas da PHDA é por corantes químicos na alimentação.	F	V 8	89,9%	V 1	96,4%	V 0	100,0%	V 9	92%
		F 71		F 27		F 8		F 106	
O ambiente familiar é das principais causas para a PHDA.	F	V 20	75,0%	V 7	75,0%	V 3	62,5%	V 30	74%
		F 60		F 21		F 5		F 86	
As pessoas com PHDA são mais suscetíveis a acidentes.	V	V 57	71,3%	V 24	85,7%	V 5	62,5%	V 86	74%
		F 23		F 4		F 3		F 30	
A contribuição maior para a ocorrência da PHDA deve-se a fatores genéticos e neurológicos.	V	V 69	86,3%	V 24	92,3%	V 6	75,0%	V 99	87%
		F 11		F 2		F 2		F 15	
A PHDA tem cura.	F	V 24	67,6%	V 6	78,6%	V 2	75,0%	V 32	71%
		F 50		F 22		F 6		F 78	
A criança com PHDA pode não demonstrar um comportamento hiperativo.	V	V 58	73,4%	V 20	74,1%	V 4	50,0%	V 82	72%
		F 21		F 7		F 4		F 32	
A PHDA pode ser tratada com dietas próprias especialmente a dieta sem açúcar.	F	V 15	80,0%	V 6	76,9%	V 1	87,5%	V 22	80%
		F 60		F 20		F 7		F 87	
A PHDA divide-se em três subtipos.	V	V 44	68,8%	V 18	75,0%	V 4	50,0%	V 66	69%
		F 20		F 6		F 4		F 30	
A PHDA pode estar associada às dificuldades de aprendizagem.	V	V 60	78,9%	V 24	85,7%	V 7	87,5%	V 91	81%
		F 16		F 4		F 1		F 21	
A PHDA é uma doença que passa com o tempo.	F	V 15	81,0%	V 3	88,9%	V 0	100,0%	V 18	84%
		F 64		F 24		F 8		F 96	
A criança com PHDA pode frequentemente evitar tarefas, ou mostrar desagrado pelas tarefas que requerem esforço mental mais prolongado.	V	V 74	91,4%	V 28	100,0%	V 8	100,0%	V 110	94%
		F 7		F 0		F 0		F 7	

Associado à PHDA pode surgir a Perturbação de Oposição, caracterizada por comportamentos negativistas, hostis e desafiadores.	V	V	69	90,8%	27	96,4%	7	87,5%	103	92%
		F	7		1		1		9	
O tratamento com medicamentos é prejudicial para a criança com PHDA.	F	V	11	85,1%	7	75,0%	2	75,0%	20	82%
		F	63		21		6		90	
Os métodos de tratamento da medicina alternativa podem curar a PHDA.	F	V	25	63,8%	4	84,0%	3	57,1%	32	68%
		F	44		21		4		69	
O uso de medicamentos na PHDA estimula o uso de drogas no futuro.	F	V	10	86,8%	4	85,7%	0	100,0%	14	88%
		F	66		24		8		98	
A PHDA é caracterizada por comportamentos desafiadores, agressivos e antissociais.	F	V	43	45,6%	20	25,9%	6	25,0%	69	39%
		F	36		7		2		45	
Associado à PHDA pode ocorrer a depressão.	V	V	60	81,1%	22	78,6%	5	71,4%	87	80%
		F	14		6		2		22	
A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de distúrbios psicóticos.	V	V	67	89,3%	24	85,7%	7	87,5%	98	88%
		F	8		4		1		13	
A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de uma Perturbação Generalizada de Desenvolvimento.	V	V	59	77,6%	22	78,6%	7	87,5%	88	79%
		F	17		6		1		24	
Na sala de aula, o lugar do aluno com PHDA tem de ser à frente.	F	V	57	26,9%	22	21,4%	6	14,3%	85	25%
		F	21		6		1		28	
A organização da sala de aula é relevante na intervenção com o aluno com PHDA.	V	V	61	75,3%	27	96,4%	7	87,5%	95	81%
		F	20		1		1		22	
Em contexto de sala de aula, a intervenção com o aluno com PHDA é da competência do professor da educação especial ou do apoio educativo.	F	V	20	75,3%	7	74,1%	2	75,0%	29	75%
		F	61		20		6		87	
Os alunos com PHDA necessitam de cuidados psicopedagógicos diferenciados.	V	V	70	88,6%	27	96,4%	8	100,0%	105	91%
		F	9		1		0		10	

A partir dos dados da tabela n.º 45 podemos continuar a verificar o grau de conhecimento dos professores inquiridos e compará-los com o seu grau de formação.

Começamos por referir que nem sempre os professores responderam a todas as questões. Contudo consideramos que para efeitos de estudo conseguiríamos retirar conclusões, pois nem sempre o número de abstenções em cada questão foi significativo, chegando, por vezes, a não existir.

Apenas 29,1% (n=23) dos licenciados sabe que nem sempre a criança com PHDA manifesta comportamentos hiperativos; apenas 28,6% (n=8) dos especializados também tem a mesma perceção e no que concerne aos mestres apenas 25,0% (n=2) conseguiram dar resposta certa. Nesta questão foram sempre mais os que responderam errado, independentemente do grau de formação.

Na questão seguinte, que referia o sofrimento que esta patologia acarreta para os portadores e familiares, foram muito mais os que responderam acertadamente, em todos os grupos. Uma pequeníssima percentagem respondeu errado.

Na questão relacionada com a capacidade de prestar atenção a detalhes, verificou-se uma melhoria de respostas mediante o grau de formação. Dos licenciados 67,9% (n=55) responderam acertadamente, já os especializados foram 75% (n=21) a responder certo e os mestres foram 100% (n=8) a responder acertadamente a esta questão.

Na questão relacionada com a dificuldade em perceber instruções dadas, verificámos ter havido um balanço muito positivo, pois muitos dos respondentes responderam acertadamente. À medida que aumentou a graduação também aumentaram as respostas certas.

Relativamente à capacidade da criança em organizar-se nas tarefas e nas atividades, verificou-se uma alta percentagem de respostas certas. Podemos concluir também que quanto mais elevado era o grau de formação menos respostas erradas se verificava.

Verificámos alguma insegurança, por parte dos professores na questão relacionada com os prejuízos causados pela PHDA. Os professores com grau de mestrado, comparativamente aos dos outros graus, mostraram menor percentagem de respostas certas.

Na questão relacionada com o comprometimento dos mecanismos físicos e psicológicos, verificámos ter havido um aumento na percentagem de respostas certas desde os licenciados aos mestres. O mesmo se verificou na questão relacionada com os corantes químicos como causa da PHDA. Já na questão onde se apontou como causa o ambiente familiar, os professores com mestrado mostraram muita insegurança, pois foram mais os que responderam errado do que certo. Os licenciados e especializados mostraram a mesma percentagem de respostas certas (75%).

Quando se afirmou que as pessoas com PHDA eram mais suscetíveis a acidentes, os professores detentores de mestrado mostraram mais uma vez insegurança, acertando apenas (62,5%). Os especializados mostraram mais percentagem de respostas certas (85,7%) do que os professores licenciados (71,3%).

Uma grande percentagem de professores com licenciatura (86,3%) reconhece que os principais fatores para a ocorrência de PHDA são os genéticos e neurológicos,

maior ainda é a percentagem de professores especializados (92,3%). Já os professores mestres, apesar de terem muito mais respostas certas do que erradas, em termos de percentagem desceram comparativamente aos outros graus, mostrando apenas 75,0% de respostas certas.

Quando se afirma que a PHDA tem cura verificámos ter havido 71% de respostas certas no global, mas são os professores mestres que exibem menor percentagem de respostas certas. Entre os licenciados e os especializados verificámos ter havido aumento de respostas certas nos especializados. O mesmo acontece na questão seguinte onde se afirma que a criança com PHDA pode não demonstrar um comportamento hiperativo. Uma vez mais os professores com grau de mestre mostram estar reticentes, pois dos 8 professores apenas metade (50%) acertou. Quanto aos outros dois graus houve aumento na percentagem de respostas certas consoante o aumento de graduação.

Na questão relacionada com a dieta sem açúcar para tratar a PHDA, 80% dos professores licenciados acertou afirmando falso, em menor percentagem, 76,9% dos especializados acertou e uma grande percentagem (87,5%) dos mestres acertou.

Uma vez mais verificámos decréscimo nos professores mestres. Apenas 50% destes sabe que a PHDA se divide em três subtipos. Os professores especializados mostram muito mais percentagem de respostas certas do que os licenciados, nesta questão.

Na questão seguinte, onde se afirma que a PHDA pode estar associada às dificuldades de aprendizagem, concluímos que à medida que aumenta a graduação profissional, aumenta também, e em número significativo, a percentagem de respostas certas. O mesmo, podemos concluir, na questão seguinte onde se afirma que esta doença passa com o tempo. É elevada a percentagem que reconhece que a PHDA não tem cura.

Continuando com a análise, agora com a questão que afirma que a criança pode mostrar desagrado pelas tarefas que requerem esforço mental mais prolongado, verificámos igualmente aumento de respostas certas à medida que aumenta a graduação profissional.

Na questão relacionada com o surgimento da Perturbação de Oposição associada à PHDA verificámos ter havido aumento significativo de respostas certas entre os licenciados e os especializados, tendo os últimos maior percentagem de

respostas certas. Os mestres exibem menor percentagem do que os outros, apesar de ser apenas um professor a ter respondido errado.

Verificámos na questão seguinte maior percentagem de respostas certas por parte dos licenciados. Estes estão mais consciencializados que o tratamento medicamentoso não prejudica a criança. Os especializados e os mestres estão em igual percentagem.

Existem ainda muitos professores que acreditam que a medicina alternativa pode curar a PHDA, o que não é verdade. Apenas 68% dos professores no global responderam acertadamente nesta questão. Os professores que possuem grau de mestre são os que obtiveram menos percentagem de respostas certas e os especializados foram os que obtiveram maior percentagem de respostas certas.

É quase a totalidade dos professores que sabem que o uso de medicamentos não estimula o uso de drogas no futuro. Todos os professores mestres (100%) sabem que não.

A questão seguinte mostra como ainda há a crença de que todas as crianças hiperativas são conflituosas e mal comportadas. Ao afirmar-se que a PHDA é caracterizada por comportamentos desafiadores, agressivos e antissociais a maior parte dos professores concordou, o que não é verdade. Verificámos uma percentagem negativa de respostas certas, no global e são os especializados e mestres que mostram mais incoerência.

Muitos professores reconhecem que pode ocorrer depressão em crianças com esta patologia. Mas, conforme aumentou a graduação profissional diminuiu a percentagem de respostas certas nesta questão.

Quando se afirma que a PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de distúrbios psicóticos, são muitos os professores que respondem acertadamente estando a percentagem de respostas certas muito próximas umas das outras. O mesmo acontece na questão seguinte. À medida que aumenta a graduação também aumenta a percentagem de respostas certas. Assim, no geral os professores que responderam a esta questão sabem que a PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de uma Perturbação Generalizada de Desenvolvimento.

Uma vez mais se verifica, através da questão relacionada com a posição do aluno, na sala de aula, a forma errada de pensar de alguns professores. A posição do aluno deverá ser estratégica, não tendo que ser obrigatoriamente à frente e ao pé do

professor. Verificámos, através dos dados apresentados na tabela, que a maior parte dos professores entende que o aluno deverá ocupar sempre o lugar da frente, junto ao professor. À medida que aumentou a qualificação profissional diminuiu a percentagem de respostas certas. Já na questão seguinte, todos os docentes que responderam a esta questão compreendem que a organização da sala de aula é relevante, na intervenção com o aluno com PHDA. Nesta questão foram os licenciados que apresentaram maior número de respostas erradas.

Relativamente ao apoio prestado ao aluno, 75% do total de professores entendem que a intervenção não é exclusivamente da competência do professor da Educação Especial e do Apoio Educativo, mas sim da sua competência e dos restantes profissionais da educação. A percentagem de respostas certas a esta questão é mais ou menos igual em todas as graduações.

Por fim, na última questão quando se afirma que as crianças com PHDA necessitam de cuidados psicopedagógicos diferenciados, os mestres não têm dúvida que necessitam acertando a 100%, os especializados também reconhecem que sim acertando em 96,4% e os licenciados também afirmam na sua maioria que sim (88,6%).

Fazendo agora uma análise vertical da tabela podemos concluir que ao longo de todas as questões, no geral os professores sentiram-se mais à vontade em algumas questões e menos à vontade em outras. As questões onde os professores erraram mais predem-se com noções mais técnicas que apenas os professores especializados na área compreendem mais facilmente e outras ainda se prendem com mitos e ideias que ainda prevalecem na mentalidade de alguns professores, nomeadamente naqueles que já têm provavelmente mais tempo de serviço.

Uma outra conclusão que nos é permitida tirar é que globalmente, apesar de nem sempre acontecer, a percentagem maior de respostas certas foi-se situando nas maiores graduações, o que comprova que a qualidade da resposta varia consoante o grau de formação.

### 5.10 Discussão dos resultados

Esta investigação dividiu-se em duas partes: um suporte teórico, onde através de várias referências bibliográficas expusemos todas as questões inerentes a esta problemática e uma parte empírica, onde foram interpretados os dados apurados. Sempre que possível e conveniente, tentámos relacioná-los com a componente teórica, ou seja comparar as nossas conclusões, com aquilo que já foi comprovado em estudos anteriores realizados.

Apesar de termos uma amostra um pouco reduzida, consideramos que tenha sido representativa.

No que diz respeito à parte da análise de dados, fomos fazendo, ao longo do nosso trabalho, uma análise bastante detalhada e fomos retirando as nossas conclusões, pelo que chegados a este ponto, podemos inferir que os objetivos propostos foram atingidos.

Através da análise às respostas dadas pelos professores inquiridos, pudemos perceber que no geral os professores conheciam a realidade dos seus alunos, embora se tenha verificado que ainda havia professores que desconheciam alguns elementos relacionados com eles. Assim, o objetivo que pretendia **averiguar se os professores do 1º CEB conheciam a realidade dos seus alunos com PHDA** foi atingido.

Ao analisar os dados relativos à formação contínua sobre PHDA, podemos comprovar que os professores recebem pouca formação e esta situação mostra-se ainda mais agravada quando se fala de PHDA. Quase a totalidade da nossa amostra não fez, durante o seu percurso profissional, formação nesta área. Os conhecimentos que detêm obtiveram-nos na sua formação inicial e na sua experiência profissional, no contacto que foram tendo com alunos com PHDA. Assim o objetivo que pretendia **verificar se os professores do 1º CEB recebem formação contínua sobre PHDA**, foi igualmente clarificado. O que apurámos foi que a maior parte dos professores inquiridos sentem, por essa razão, dificuldades no trabalho direto com estes alunos, em diferentes situações, tais como: definir estratégias de atenção/concentração, controlar comportamentos, definir estratégias de interesse /motivação, definir estratégias de ensino adequadas, entre outras menos apontadas pelos inquiridos.

A maior parte dos professores afirma que atualmente se encontra com poucos conhecimentos, mas ao mesmo tempo é também significativa a percentagem de professores que considera ter conhecimentos suficientes.

Relativamente ao objetivo: **identificar o grau de conhecimentos dos docentes do 1º CEB sobre PHDA**, verificámos que apesar da dificuldade revelada por alguns docentes, muitos mostraram ser detentores de muitas noções, pois nas respostas às questões relacionadas com o conhecimento, eles foram respondendo acertadamente e por vezes em percentagens significativas.

Em relação ao objetivo: **conhecer as medidas e estratégias de intervenção mais utilizadas pelos professores, junto dos alunos com PHDA**, constatámos que as estratégias e medidas mais utilizadas pelos professores no trabalho direto com estes alunos são, entre outras, o estabelecimento de regras/repreensão, o diálogo com o aluno, no sentido de mostrar compreensão e transmitir confiança, o reforço positivo, o diálogo com o encarregado de educação, no sentido de dar continuidade em casa ao trabalho desenvolvido na escola e o ensino individualizado.

O objetivo: **conhecer os comportamentos e realização académica mais frequentes das crianças com PHDA** foi também atingido, ao verificarmos, através da análise dos dados que apurámos relativamente ao comportamento, que estas crianças, salvo algumas exceções, são no geral conflituosas e apresentam comportamentos desajustados. O seu relacionamento com os seus pares e restante comunidade educativa tende a ser razoável ou mesmo fraco. Normalmente estas crianças têm dificuldade em prestar atenção às instruções que recebem e têm tendência (a maior parte delas) a perturbar o normal funcionamento das aulas. Por todas estas razões apresentam resultados que a maior parte das vezes não correspondem às suas capacidades, pois na maior parte dos casos do nosso estudo, estas crianças encontram-se ao mesmo nível da turma, nas diferentes áreas curriculares, chegando algumas a estar acima do nível da turma. Não obstante, algumas, deixando-se fragilizar pelo seu estado inconsciente de mau comportamento, obtêm resultados abaixo da turma.

Feita assim esta análise aos resultados obtidos podemos retirar a nossa principal conclusão. É legítimo que os professores recebem relativamente pouca formação na área da PHDA ou em áreas relacionadas com esta patologia. É igualmente verdade que eles sentem dificuldades significativas no contacto direto com alunos que têm este problema.

Para finalizar, no sentido de dar cumprimento ao objetivo: **analisar os efeitos da formação contínua frequentada, nos conhecimentos dos professores do 1º CEB**, relacionarmos o grau académico dos professores e os conhecimentos gerais sobre

PHDA. Com esta relação, comprovamos que na maior parte das questões, quanto mais elevadas eram as habilitações académicas dos professores, maior percentagem de respostas certas se verificava.

Depois de termos analisado pormenorizadamente os dados apurados, foi-nos possível avaliar os objetivos que definimos para este estudo e é-nos, agora possível compará-los com os resultados obtidos, nas investigações que mencionamos no capítulo IV.

Assim, verificámos que o nosso objetivo principal: **saber se há diferenças significativas, nos conhecimentos, perceções e práticas dos professores, face à PHDA, em função da formação recebida**, foi atingido, pois tal como já referimos anteriormente os professores recebem pouca formação na área da PHDA e por conseguinte, não se sentem seguros quando têm nas suas salas de aula, crianças com esta patologia. Os próprios professores inquiridos assumem sentir dificuldades nas mais variadas situações e acima de tudo, reconhecem não possuir conhecimentos suficientes, no que diz respeito a esta problemática.

Tal como Fernandes (2007) e Lourenço (2009) provaram nos seus estudos, também nós concluímos que os professores revelam ter falta de conhecimentos em diversas situações relacionadas com a PHDA, nomeadamente numa intervenção adequada de forma a atenuar os sintomas exibidos pelas suas crianças.

Lourenço (2009) refere que os professores atribuem muita importância às estratégias educativas, na sala de aula. No nosso estudo comprovámos o mesmo. Não obstante, em ambos os estudos se verificou que os intervenientes consideram estar pouco informados nesse campo.

Face ao exposto, relembremos os estudos de Fernández, Mínguez e Casas (2007) e Bekle (2004) que apontam para a extrema necessidade de investir na formação de professores de modo a que estes possam intervir de forma coerente e responsável, conseguindo assim, satisfazer as necessidades dos seus alunos. Também nós, com o nosso estudo chegámos à mesma conclusão e partilhamos da opinião de Foy (2005) Kleynhans (2005) e Cela e Herreras (2008), no sentido em que o investimento, na formação dos professores deve começar pela reforma do currículo. É extremamente importante ajustar a formação de base, e dotar os professores de conhecimentos suficientes, não só em relação a esta problemática, como em tantas outras que afetam muitas crianças. É necessário pensar nos casos mais difíceis do nosso quotidiano e

refletir sobre o que se pode fazer em prol do sucesso destas crianças. Só assim podemos praticar a inclusão, conscientes de que estamos a dar o nosso melhor e que mais não pode ser feito.

Concluimos também que, a formação de base, por si só, não é suficiente. Consideramos que a mesma se deve estender pela vida de cada profissional de educação, bem como de todos os profissionais que diretamente estão ligados a estas crianças, pois nem sempre os profissionais especializados atuam da forma mais correta, tal como aponta Gomes (2007), no seu estudo, pelo que mesmo estes devem estar em formação permanente.

## Conclusão

Como já referimos em capítulos anteriores, a investigação no campo da PHDA tem vindo a revelar-se cada vez mais uma preocupação dos investigadores, quer nacionalmente quer internacionalmente, mas apesar de esta patologia ser cada vez mais comum, parece deixar sempre no ar dúvidas e questões difíceis de compreender, por essa razão, tendem a continuar as investigações neste campo.

Enquanto professores educadores, nós temos o papel preponderante de ajudar estas crianças a suprir ou atenuar as barreiras que lhe são impostas pelo seu próprio problema. É portanto necessário que estejamos dotados, quer de suporte teórico quer prático, pois só assim será possível ajudar as crianças com PHDA a desenvolver os seus pontos fortes.

Este estudo permitiu-nos conhecer um pouco da realidade portuguesa e aprofundar o nosso conhecimento no que diz respeito à PHDA.

Esperamos que esta investigação sirva, futuramente, para clarificar outros professores relativamente à problemática da PHDA e ao mesmo tempo levá-los a compreender que é extremamente importante receber formação ao longo de toda a carreira profissional, nesta e noutras áreas que direta ou indiretamente estejam interligadas com o nosso trabalho, de forma a melhorar a nossa intervenção em contexto escolar e ajudar as crianças com esta patologia que tantas vezes são “mal interpretadas”.

Concluímos, com este estudo que muitos professores continuam ainda sem perceber que a formação deve ser entendida como um processo permanente e contínuo, pois o que verificámos foi que a maior parte não se preocupa em fazer formação, não sendo ela de carácter obrigatório. Uma grande parte dos professores não quer sair da sua zona de conforto e procurar manter-se atualizado, para poder dar resposta às necessidades das crianças com PHDA.

O nosso estudo decorreu com normalidade e contou com a ajuda de alguns profissionais. Contudo, tal como acontece em todas as investigações, e a nossa não se mostrou uma exceção, fomos encontrando algumas limitações, que de certa forma fomos conseguindo contornar. A principal limitação foi conseguir sensibilizar os professores para o preenchimento do questionário. Alguns professores não se encontram muito motivados para colaborar nestas investigações, o que faz com que se demore muito mais tempo, até se conseguir uma amostra representativa. Uma outra dificuldade

que atravessámos, foi conseguir obter os questionários preenchidos, na íntegra. Muitos professores foram muito morosos e mesmo depois de entregar alguns entregaram-nos quase em branco, pelo que muitos foram anulados.

Sugerimos que em futuras investigações nesta área, e mais especificamente neste tema, o estudo se estenda a outros níveis de ensino, ou seja um estudo comparativo entre ciclos, acerca da formação recebida ao longo da carreira profissional. Seria interessante, no sentido de termos a oportunidade de verificar, quais dos professores dos diferentes ciclos se encontram mais sensibilizados e mais recetivos a novos conhecimentos. No mesmo estudo, face à formação recebida poderia igualmente comparar-se quais dos professores dos diferentes ciclos atuam da melhor forma, utilizando as melhores e mais eficazes estratégias de intervenção.

Seria igualmente interessante fazer uma investigação mais aprofundada designadamente, num dos nossos objetivos específicos, que na nossa investigação foi analisado mais superficialmente. É o caso dos comportamentos e realização académica destes alunos. Um estudo com alunos hiperativos, onde se aferisse o tipo de hiperatividade (Tipo misto, Tipo Predominantemente desatento, Tipo Hiperativo-Impulsivo) e principais comportamentos dos diferentes tipos. Mediante os comportamentos exibidos pelas diferentes crianças, seriam utilizadas diferentes estratégias de intervenção. Desta forma, ajustar-se-iam as estratégias ao tipo de hiperatividade da criança e às suas capacidades.

Talvez fosse um estudo atraente para consultar, por parte dos professores que, nas suas práticas educativas em relação a estas crianças, se sentem desorientados e desmotivados.

## **Bibliografia**

- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação: Um guia prático e crítico*. Lisboa: Edições ASA.
- Ainscow, M. (1996). *Necessidades Especiais na Sala de Aula: Um guia para a formação de professores*. Paris: Edições Unesco.
- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1986). Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 55-78). Porto: Edições Afrontamento.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Association, A. P. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, C., & Azevedo, A. G. (2003). *Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Bairrão, J. (1998). *Subsídios para o Sistema de Educação - Os alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Concelho Nacional de Educação.
- Barkley, A. R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. e. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade-Manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bekle, B. (2004). *Knowledge and attitudes about Attention - Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students*. Journal of Attention Disorders. Vol.7.nº3
- Boavida, J., & Amado, J. (2006). *Ciências da Educação- Epistemologia, identidade e perspectivas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Boavida, J., & Cordinhã, A. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revisões - Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 577-589.
- Bonnet, A., & Bréjard, V. (2008). *L'Hyperactivité chez l'enfant*. Paris: Armand Colin.
- Calado, E. (Setembro de 2007). Hiperatividade e défice de atenção: Comorbilidades e tratamento não estimulante. *Postgraduate Medicine*, p. 21.
- Campos, S. (julho, agosto, setembro de 2004). Hiperatividade. *Anim'arte*, pp. 19-23.

- Campos, S. M., & Martins, R. M. (2008). Educação Especial: Aspectos Históricos e Evolução Conceptual. *Millenium*, pp. 223-231.
- Carvalho, O. A., & Peixoto, L. M. (2000). *A Escola Inclusiva - Da utopia à realidade*. Braga: APPACDM.
- Cavalcanti, R., & Lima, M. D. (2009). A Criança Hiperativa: O olhar da Inclusão. *Revista Saber & Educar - Cadernos de Estudo/14*.
- Cavalcanti, R., & Lima, M. D. (s.d.). A Criança Hiperativa: O olhar da Inclusão. *Revista Saber & Educar - Cadernos de Estudo/14*.
- Celas J. & Herreras E. (2008). *Comunidad Escolar. Periódico Digital de Information Educativa. Experiencias en el Aula*. Comunidad Escolar N° 833. Ministério de Education, Política Social Y Deporte. Acedido em dezembro de 2012 - <http://comunidad-escolar.portic.mec.es/833/experi.html>.
- Chaves, E. (1999). *Hiperatividade e dificuldades de aprendizagem - Análise e técnicas de recuperação*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *A Escola Contemporânea e a inclusão de alunos com NEE*. Porto: Porto Editora.
- Cruz, E. B. (2008). *Procedimentos de avaliação e intervenção em crianças com défice de atenção com hiperatividade*. Vila Real: UTAD.
- Day, C. (2001). *Desenvolvimento Profissional de Professores. Os desafios da aprendizagem permanente*. Porto: Porto Editora.
- Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I. C., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., et al. (2001). *Educação um Tesouro a Descobrir - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacuional sobre Educação para o Séc. XXI*. Porto: Edições ASA.
- Dias, M. O. (2009). *O vocabulário do desenho de investigação: a lógica do processo em Ciências sociais*. Viseu: Psicossoma.
- Dias, M. O. (2010). *Planos de Investigação: Avançando passo a passo*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.
- Editora, U. C. (outubro de 2011). Questionário sobre hiperatividade para professores. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*, pp. 123-138.
- Falardeau, G. (1997). *As Crianças Hiperativas*. Edições CETOP.

- Falé, R. M. (janeiro de 2007). Crianças especiais, atenção especial. *Medicina & Saúde*, pp. 12-15.
- Fernandes, E., & António, P. J. (2004). Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. *Revista Portuguesa de clínica geral*.
- Fernandes, H. S. (2002). *Educação Especial - Integração das crianças e adaptação das estruturas de educação*. Braga: APPACDM.
- Fernandes, E. (2007) *Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade no âmbito escolar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado não publicada.
- Fernandes, S. ; Mínguez, R. & Casas, M. (2007). *Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención com hiperactividad*. Universidad de Barcelona, conselleria de cultura, Educación y Deporte universidad de valencia. *Psicothema*. vol.19. Nº4.pp.585-590.
- Ferreira, F. I. (1994). *Formação Contínua e Unidade do Ensino Básico - O papel dos Professores, das Escolas e dos Centros de Formação*. Universidade da Beira Interior: Porto Editora.
- Ferreira, M. (2007). *Educação Regular, Educação Especial - Uma história de separação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Foy, M. (2005). *Teacher's Beliefs About ADHD- A Multiple Cass Hermeneutic analysis*. Canadá: Simon Fraser University
- Garcia, I. M. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Amadora: McGraw - Hill de Portugal, Lda.
- González, P. F. (2002). *O movimento da Escola Moderna - Um percurso cooperativo na construção da profissão docente e no desenvolvimento da pedagogia escolar*. Porto: Porto Editora.
- Gomes, M.; Palmimi, A.; Barbirato, F.; Rohde, L. & Mattos, P. (2007). *Conhecimento sobre o Transtorno do Deficit de Atenção/Hiperatividade no Brasil*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 56. Nº 2. pp. 94-101.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições sílabo.
- Kirk, S. A., & Gallagher, J. J. (1996). *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Júlio, A. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Coimbra: Faculdade de

- Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. dissertação de Mestrado não publicada.
- Kleynhans, S. (2005). *Primary School teacher's Knowledge and Misperceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. South Africa: University of Stellenbosch. Acedido a 23 de agosto de 2012: <http://etal.sun.ac.za/jspui/handle/10019/314>.
- Leal, M. (2010). Avaliação da Eficácia de um Programa de Formação para Professores de alunos com PHDA no 1º CEB. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Doutor em Ciências da Educação. Faculdade de Educação e Psicologia do Porto.
- Lopes, J. (1998a). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e investigação*. Braga: Lusografe.
- Lopes, J. (1998b). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em contexto de sala de aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância a adolescência*. Braga: Lusografe.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Editora Quarteto .
- Lopes, M. C. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM distrital de Braga.
- Lorent, A. P., & Encío, C. A. (2000). *Cómo vivir com um nino/a hiperactivo-comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. Narcea: S.A. de Ediciones.
- Lourenço, M. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar. estudo comparativo das perceções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Ensino Especial. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa. Dissertação de Mestrado não publicada
- Madureira, N., Lopes, A., Paúl, A., & Boavida, J. (setembro de 2007). A perturbação de hiperatividade e défice de atenção. *Revista de saúde infantil*, pp. 7-15.
- Neto, M. R. (2010). *tdah - transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula-Um guia para professores*. Porto Editora.
- Nóvoa, A. (1986). *Do Mestre- Escola ao professor do Ensino Primário- Subsídios para a História da Profissão docente em Portugal*. Lisboa: Universidade técnica de Lisboa.

- Nóvoa, A. (1997). Formação de professores e profissão docente. In A. Nóvoa, *Os professores e a sua formação* (pp. 37-50). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Nóvoa, A., Hameline, J., Sacristán, G., Esteve, J., P., Woods, et al. (1994). *Profissão Professor*. Universidade da Beira Interior: Porto Editora.
- Nóvoa, A., Huberman, M., Goodson, I. F., Holly, M. L., Moita, M. C., Gonçalves, J. A., et al. (sd). *Vida de Professores*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, J. A. (1995). *Formação de Professores: Teoria e Praxis*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade-Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Paúl, A., & Boavida, J. (setembro de 2007). A perturbação de hiperatividade e défice de atenção. *Saúde Infantil*, pp. 7-15.
- Peres, A. N. (1999). *Educação intercultural: Utopia ou realidade?* Porto: Profedições.
- Phelan, T. W. (2005). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - Sintomas, Diagnósticos e Tratamento*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Quivy, R., & Campenhout, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rief, S., & Heimburge, J. (2000). *Como Ensinar Todos os Alunos na Sala de Aula Inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, A., & Esteves, M. (1993). *A Análise de necessidades na formação de professores*. Porto : Porto Editora.
- Rohde, L., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de défice de atenção/hiperatividade. *Revista brasileira de psiquiatria*, pp. 7-11.
- Rudio, F. V. (1983). *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes.
- Sanz, M. (2002). *Psiquiatria para padres y educadores*. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.
- Sauvé, C. (2006). *Domesticar a hiperatividade e o défice de atenção*. Lisboa: Climepsi editores.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperatividade*. Texto Editores.
- Sennyey, A. L., Capovilla, F. C., & Montiel, J. (2008). *Transtornos de aprendizagem-da avaliação à reabilitação*. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda.

- Serra, H. (2008). *Estudos em Necessidades Educativas Especiais - Domínio cognitivo*. Porto: Edições Gailivro.
- Silva, M. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*, pp. 135-153.
- Sosin, M., & Sosin, D. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção-Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Espanha: Salamanca.
- Veiga, L., Dias, H., Lopes, A., & Silva, N. (2000). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais - Ideias sobre conceitos de ciências*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

**ANEXOS**

Boa tarde Sofia e Liliana,

Em consenso consideramos (eu e o Prof. Pedro) autorizar a utilização do QHP (Questionário sobre Hiperactividade para Professores). No entanto a autorização é restrita ao trabalho de investigação que a Sofia e a Liliana vão realizar e agradeceríamos posteriormente o acesso aos dados obtidos, com vista a realizarmos novas análises psicométricas.

Segue em anexo o QHP.

Bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

M<sup>a</sup> Armanda Leal

No dia 19 de Outubro de 2011 11:27, Sofia Simão <[sofia-simoesimao@hotmail.com](mailto:sofia-simoesimao@hotmail.com)> escreveu:  
Bom dia Dr.<sup>a</sup> Maria Armanda Freire Leal

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 Doutoramento a qual nos despertou grande interesse e por sugestão da nossa orientadora gostaríamos de aplicar o questionário utilizado na sua tese: “Questionário PHDA avaliação e eficácia de um programa de formação para professores de alunos com PHDA no 1º Ciclo do Ensino Básico”. 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](mailto:sofia-simoesimao@hotmail.com)

Liliana Soares: 934396708 [liliana\\_f\\_soares@hotmail.com](mailto:liliana_f_soares@hotmail.com)

## Questionário sobre Hiperatividade para Professores (QHP)<sup>1</sup>

O questionário que tem em mãos destina-se a **Professores do 1º 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 até que ponto a formação contínua de professores os habilita com conhecimentos sobre 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.

### Parte I

#### Dados do Professor

1. Género: Masculino  Feminino
2. Habilitações académicas:
- 2.1. Bacharelato/Licenciatura
- 2.2. Pós-graduação/Especialização
- 2.3. Mestrado
- 2.4. Doutoramento
3. Anos de serviço até 31 de Agosto de 2011:
4. Grupo de Recrutamento:
5. Tipo de escola:
- Urbana  Rural
6. É professor(a) titular da turma ou trabalha com algum aluno com PHDA?
- Sim  Não

Se respondeu **NÃO**, avance para a segunda parte do questionário.

7. Trabalha com este aluno com PHDA, há quanto tempo?
- 7.1. Menos de 6 meses

<sup>1</sup> QHP foi elaborado por Leal, M (2010) no âmbito da realização da Tese de Doutoramento “PHDA – Avaliação da Eficácia de um Programa de Formação para Professores de Alunos com PHDA no 1º Ciclo do Ensino Básico”, na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, no Centro Regional do Porto.

- 7.2. Mais de 6 meses
- 7.3. Um ano
- 7.4. Dois anos
- 7.5. Mais de dois anos

**Dados do aluno com PHDA**

8. Idade:
9. Ano de escolaridade: 1º Ano  2º Ano  3º Ano  4º Ano

10. A turma onde se inclui o aluno com PHDA possui apenas um ano de escolaridade?

Sim  Não

10.1. Se respondeu **NÃO**, especifique:

11. Totalidade de alunos da turma:

12. O aluno teve alguma retenção?

Sim  Não

12.1. Se respondeu **SIM**, mencione o número de retenções e o(s) ano(s) em que ocorreram:

13. O aluno foi diagnosticado com PHDA com que idade?

13.1. O aluno está a sinalizado na Educação Especial?

Sim  Não

13.1.1. Se respondeu **SIM**, mencione o tempo que o docente da Educação Especial dedica ao aluno por semana:

14. O aluno está a usufruir de outros apoios na Escola / Agrupamento?

Sim  Não  Não sei

14.1. Se respondeu **SIM**, especifique:

15. O aluno está a ser acompanhado por técnicos de saúde mental (médicos, terapeutas, psiquiatra, psicólogo) fora do contexto escolar?

Sim  Não  Não sei

15.1. Se respondeu **SIM**, especifique:

16. Este aluno está a ser medicado?

Sim  Não  Não sei

16.1. Se respondeu **SIM**, especifique:

## Parte II

### **Formação Inicial / Formação Contínua**

17. Na formação inicial (Curso) teve alguma disciplina em que abordasse a temática  
Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção?

Sim  Não

17.1. Se respondeu **SIM**, especifique:

18. Durante o percurso profissional já fez formação contínua **específica** sobre a  
Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção?

Sim  Não

18.1. Se respondeu **SIM**, especifique:

18.2. Se respondeu **NÃO**, refira se durante o seu percurso profissional já fez  
formação contínua **em que fosse abordada** a Perturbação de Hiperatividade  
com Défice de Atenção?

Sim  Não

18.3. Se respondeu **SIM**, especifique:

19. No trabalho direto com o aluno com PHDA, sente dificuldades?

Sim  Não

Se respondeu **Não** avance para a questão nº20.

19.1. Se respondeu **SIM**, qual o grau de dificuldade?

Muito pouco Pouco Razoável Muito Bastante

19.2. Descreva as dificuldades sentidas.

### **Parte III**

#### **Conhecimento**

20. Atualmente, considera que a nível da problemática PHDA, se encontra:

- 20.1. Sem conhecimentos
- 20.2. Com poucos conhecimentos
- 20.3. Com conhecimentos suficientes
- 20.4. Com muitos conhecimentos
- 20.5. Com bastantes conhecimentos

21. Assinale as características fundamentais para o diagnóstico de PHDA.

- 21.1. Agressividade
- 21.2. Teimosia
- 21.3. Hiperatividade
- 21.4. Má educação
- 21.5. Défice de atenção
- 21.6. Atraso global de desenvolvimento
- 21.7. Impulsividade
- 21.8. Irritabilidade

**Assinale a opção que considera mais correta.**

22. Para efeitos de diagnóstico da PHDA, a criança deve:

- 22.1. Apresentar os sintomas apenas em um contexto (ex: casa/escola/amigos)
- 22.2. Apresentar os sintomas em apenas dois contextos
- 22.3. Apresentar os sintomas em mais de dois contextos
- 22.4. Apresentar os sintomas em todos os contextos

23. Para efeitos de diagnóstico da PHDA, os sintomas apresentados pela criança devem:

- 23.1. Permanecer há 3 meses
- 23.2. Permanecer há mais de 3 meses
- 23.3. Permanecer há menos de 6 meses
- 23.4. Permanecer desde há 6 meses

24. Para efeitos de diagnóstico da PHDA, o início da apresentação dos sintomas na criança, deve:

- 24.1. Ter iniciado antes dos 7 anos de idade
- 24.2. Ter iniciado depois dos 7 anos de idade
- 24.3. Ter iniciado entre os 7 e os 8 anos de idade
- 24.4. Ter iniciado aos 8 anos de idade
- 24.5. Ter iniciado depois dos 8 anos de idade

**25. Classifique as afirmações como verdadeiras ou falsas, assinalando-as no espaço correspondente com um X.**

	Verdadeiro	Falso
25.1. A criança com PHDA demonstra sempre um comportamento hiperativo, parece que está sempre “ligada a um motor”.		
25.2. A PHDA acarreta uma parcela considerável de sofrimento tanto para os portadores como para os seus familiares.		
25.3. A criança com PHDA, muito frequentemente é incapaz de tomar atenção a detalhes.		
25.4. A criança com PHDA, muito frequentemente pode não seguir as regras nem instruções nem acabar os trabalhos escolares devido à falta de capacidade de perceber as instruções dadas.		
25.5. A criança com PHDA, muito frequentemente pode apresentar dificuldades na organização de tarefas e atividades.		
25.6. Os problemas ocasionados pela PHDA podem acarretar prejuízos à vida da pessoa.		
25.7. A PHDA não compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas.		
25.8. Uma das causas da PHDA é por corantes químicos na alimentação.		

25.9.	O ambiente familiar é das principais causas para a PHDA.		
25.10.	As pessoas com PHDA são mais suscetíveis a acidentes.		
25.11.	A contribuição maior para a ocorrência da PHDA deve-se a fatores genéticos e neurológicos.		
25.12.	A PHDA tem cura.		
25.13.	A criança com PHDA pode não demonstrar um comportamento hiperativo.		
25.14.	A PHDA pode ser tratada com dietas próprias especialmente a dieta sem açúcar.		
25.15.	A PHDA divide-se em três subtipos.		
25.16.	A PHDA pode estar associada às dificuldades de aprendizagem.		
25.17.	A PHDA é uma doença que passa com o tempo.		
25.18.	A criança com PHDA pode frequentemente evitar tarefas, ou mostrar desagrado pelas tarefas que requerem esforço mental mais prolongado.		
25.19.	Associado à PHDA pode surgir a Perturbação de Oposição, caracterizada por comportamentos negativistas, hostis e desafiadores.		
25.20.	O tratamento com medicamentos é prejudicial para a criança com PHDA.		
25.21.	Os métodos de tratamento da medicina alternativa podem curar a PHDA.		
25.22.	O uso de medicamentos na PHDA estimula o uso de drogas no futuro.		
25.23.	A PHDA é caracterizada por comportamentos desafiadores, agressivos e antissociais.		
25.24.	Associado à PHDA pode ocorrer a depressão.		
25.25.	A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de distúrbios psicóticos.		
25.26.	A PHDA não ocorre exclusivamente no decurso de uma Perturbação Generalizada de Desenvolvimento.		

25.27. Na sala de aula, o lugar do aluno com PHDA tem de ser à frente.		
25.28. A organização da sala de aula é relevante na intervenção com o aluno com PHDA.		
25.29. Em contexto de sala de aula, a intervenção com o aluno com PHDA é da competência do professor da educação especial ou do apoio educativo.		
25.30. Os alunos com PHDA necessitam de cuidados psicopedagógicos diferenciados.		

### **Estratégias**

26. Perante comportamentos considerados inadequados do aluno com PHDA que estratégias utiliza?

27. Que estratégias utiliza no intuito de perpetuar a atenção do aluno com PHDA na tarefa ou atividade?

28. Das estratégias que mencionou nas duas questões anteriores, refira as que surtiram o efeito desejado.

## Comportamento do aluno

Assinale a opção que mais se adequa à sua realidade.

29. Assinale o comportamento mais frequente do seu aluno com PHDA:

- 29.1. Nunca manifesta comportamentos desadequados
- 29.2. Às vezes manifesta comportamentos desadequados
- 29.3. Manifesta frequentemente comportamentos desadequados
- 29.4. Manifesta sempre comportamentos desadequados

30. Relativamente às tarefas escolares, que atenção presta o seu aluno com PHDA?

- 30.1. Presta muita atenção às tarefas ou “ordens” dadas
- 30.2. Às vezes, presta pouca atenção às tarefas ou “ordens” dadas
- 30.3. Muitas vezes não presta atenção às tarefas ou “ordens” dadas
- 30.4. Quase sempre não presta atenção às tarefas ou “ordens” dadas

31. Relativamente ao comportamento inter-relacional com os colegas, o seu aluno com PHDA...

- 31.1. Tem um ótimo relacionamento com os colegas, não cria conflitos
- 31.2. Tem um bom relacionamento com os colegas, raramente se envolve em conflitos
- 31.3. Tem um relacionamento razoável com os colegas, por vezes envolve-se em conflitos
- 31.4. Tem fraco relacionamento com os colegas, envolve-se muitas vezes em conflitos
- 31.5. Tem mau relacionamento com os colegas, envolve-se constantemente em conflitos

32. Relativamente ao funcionamento da sala de aula, o comportamento do seu aluno com PHDA:

- 32.1. Não prejudica o funcionamento da sala de aula
- 32.2. Prejudica pouco o funcionamento da sala de aula
- 32.3. Prejudica muito o funcionamento da sala de aula
- 32.4. Inviabiliza o funcionamento da sala de aula

## Parte V

### **Realização Académica do aluno**

**Assinale a opção que mais se adequa à sua realidade.**

33. Comparativamente aos colegas, o nível da realização académica / aprendizagens, do aluno com PHDA é:

**33.1. A Língua Portuguesa**

33.1.1. Acima do nível da turma

33.1.2. Ao mesmo nível da turma

33.1.3. Abaixo do nível da turma

**33.2. A Matemática**

33.2.1. Acima do nível da turma

33.2.2. Ao mesmo nível da turma

33.2.3. Abaixo do nível da turma

**33.3. A Estudo do Meio**

33.3.1. Acima do nível da turma

33.3.2. Ao mesmo nível da turma

33.3.3. Abaixo do nível da turma

**33.4. A Expressões**

33.4.1. Acima do nível da turma

33.4.2. Ao mesmo nível da turma

33.4.3. Abaixo do nível da turma

34. Se assinalou na questão anterior, alguma área curricular “abaixo do nível da turma”, refira neste espaço as dificuldades mais relevantes do aluno.

Bem-haja pela sua colaboração.

Liliana Ferreira Soares  
Travessa Jerónimo Henriques de Castro nº 38  
3650-120- Vila Nova de Paiva

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento  
das Escolas de \_\_\_\_\_

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

Eu, Liliana Ferreira Soares, 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 perceber até que ponto a formação contínua de professores os habilita com conhecimentos sobre 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.

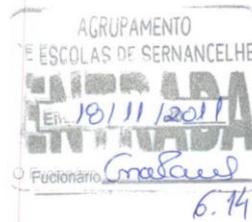
Atenciosamente pede deferimento

A docente

---

Liliana Ferreira Soares  
Travessa Jerónimo Henriques de Castro nº 38  
3650-120- Vila Nova de Paiva

*Concede-se  
autorizações para aplicações  
do questionário aos docentes  
do 1.º ciclo.  
A. França  
18/11/2011*



Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de

Sernancelhe

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

Eu, Liliana Ferreira Soares, 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 Déficit de Atenção” e tem como principal objetivo perceber até que ponto a formação contínua de professores os habilita com conhecimentos sobre 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

Liliana Ferreira Soares

Contacto para envio de resposta:  
E-mail: liliana\_f\_soares@hotmail.com

Caras colegas, o sr. diretor deu autorização para efetuarem os vossos inquéritos. Se for necessário algo oficial digam.

beijinhos

Olga Gomes

Citando Direcção Executiva <ce@eb23-cinfaes.rcts.pt>:

-----Mensagem original-----

**De:** [liliana ferreira soares](mailto:liliana.ferreira@soares)

**Data:** 27-10-2011 13:56:07

**Para:** [ce@eb23-cinfaes.rcts.pt](mailto:ce@eb23-cinfaes.rcts.pt)

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

## Preenchimento de questionário

28-10-2011

Secretaria Geral



Secretaria Geral

geral@escolasdevnpaiva.pt

Para liliana\_f\_soares@hotmail.com

De: **Secretaria Geral** (geral@escolasdevnpaiva.pt)

Enviada: sexta-feira, 28 de Outubro de 2011 14:14:20

Para: liliana\_f\_soares@hotmail.com

Em resposta ao solicitado no vosso mail de 27 de outubro, informo que foi autorizado o preenchimento do questionário pelos docentes do 1º Ciclo.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor

Lúís Manuel Taveira Pereira

Informamos V. Exª que o seu pedido foi autorizado desde que os docentes aceitem o procedimento.

Com os melhores cumprimentos

A Diretora

Benvinda Maria Vaz da Silva

**De:** liliana ferreira soares [mailto:liliana\_f\_soares@hotmail.com]

**Enviada:** quinta-feira, 27 de Outubro de 2011 14:17

**Para:** info@eb23-mundao.rcts.pt

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