



Instituto Superior de Línguas e Administração

A PHDA como Fator Condicionante do Sucesso Escolar

Estudo Exploratório acerca das Perceções dos Professores

Mónica Alexandra da Silva Brites Couto

Tese submetida para satisfação parcial dos requisitos do grau de Mestre em Psicologia da Educação sob a orientação da Professora Doutora Paula Campos e coorientação da Mestre Carla Santos.

Vila Nova de Gaia

julho de 2012

Tese de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Paula Campos e coorientação da Mestre Carla Santos, apresentada ao Instituto Superior de Línguas e Administração de Vila Nova de Gaia para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação, conforme o Aviso nº 21412/2009, da DGES, publicado no nº 229, na 2ª Série do Diário da República, em 25 de Novembro de 2009.



Instituto Superior de Línguas e Administração

A PHDA como Fator Condicionante do Sucesso Escolar

Estudo Exploratório acerca das Perceções dos Professores

Mónica Alexandra da Silva Brites Couto

Aprovada em _____

Composição do Júri

Presidente

Arguente

Orientadora
Profa. Dra. Paula Campos

Dedico esta dissertação à minha mãe.

Agradecimentos

Concluída a última etapa na minha vida académica, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste sonho.

Quero agradecer à Dra. Carla Santos pela motivação e partilha de conhecimentos proporcionados durante os nossos encontros.

À Dra. Paula Campos pela orientação ao longo de todo o percurso académico e pela maneira positiva como transmite os conhecimentos.

Às escolas que fizeram parte deste projeto e particularmente aos professores e restantes técnicos pela disponibilidade e tempo que dispensaram a colaborar neste estudo.

A todos de uma maneira em geral que me deram incentivo.

E em especial à minha mãe, por toda a dedicação, amor e coragem que a todo o momento demonstra ter por mim. Uma verdadeira inspiração! Por todos os sorrisos e ensinamentos, pelo apoio nos momentos mais difíceis, a ti mãe, eu agradeço tudo o que sou hoje.

Resumo:

A Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA) é uma das principais demandas da saúde mental, sendo um dos problemas mais estudados do desenvolvimento da infância e adolescência.

Neste estudo, pretende-se refletir acerca da percepção que os professores têm sobre diferentes aspetos relacionados com esta problemática, desde logo, o seu nível de conhecimentos, a sua percepção acerca do condicionamento da PHDA na aprendizagem e as formas de intervenção que consideram mais apropriadas.

Para tal, aplicou-se um questionário devidamente elaborado, tendo em conta os objetivos propostos. Participaram neste estudo 124 professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário.

Os resultados mostram que os participantes têm conhecimento limitado, independentemente das habilitações académicas, do ciclo que lecionam e do tempo de serviço; conclui-se também que a PHDA condiciona a aprendizagem e é considerada grave. Demonstra-se, ainda, que os professores valorizam a intervenção familiar e individual.

Devido aos avanços da PHDA no mundo científico, recomenda-se que se continuem estudos especialmente no que diz respeito à percepção dos professores.

Palavras-chave: Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA); professor; percepção; intervenções.

Abstract:

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the main quest in mental health, also it is the most studied problematic about childhood and adolescence development.

This project, intends to reflect the perception that teachers have on different aspects of ADHD, therefore their level of knowledge, their perception about the conditioning of ADHD in learning and types of intervention that might be consider appropriate.

For this purpose, it was applied a questionnaire elaborated targeting the main goals. There were 124 teachers from all levels of teaching.

The results show the participants have limited knowledge independent, of their academic qualification, the level of teaching, the number of years at service; and the disabilities in learning are considered serious for ADHD. It is also shown that teachers value the individual and family intervention.

The advances of ADHD in the scientific world are frequent, and it is recommended more studies about the perception of teachers in this subject.

Key-words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); teacher; perception; interventions.

Índice

I. Introdução	1
II. Enquadramento Teórico	5
1. Natureza da PHDA: Evolução Histórica e Definições.....	5
2. Definição da PHDA	9
3. Dimensões Essenciais	13
3.1. Défice de Atenção.....	13
3.2. Hiperatividade.....	14
3.3. Impulsividade	15
4. Percurso Evolutivo	16
4.1. PHDA na Infância.....	17
4.2. PHDA na Adolescência	18
4.3. Incapacidades Provocadas pela PHDA na Infância e Adolescência	18
5. Diagnóstico e Avaliação da PHDA.....	21
6. Etiologia	24
6.1. Fatores Pré-natais e Perinatais	25
6.2. Fatores Genéticos.....	25
6.3. Fatores Neurológicos e Neuropsicológicos	26
6.4. Fatores Familiares.....	28
6.5. Fatores Ambientais e Outros Fatores.....	29
7. Prevalência	30
8. Problemas Associados e Comorbilidade.....	32

9.	Consequências da PHDA no Sucesso Escolar	35
10.	Percepções e Atitudes dos Professores.....	38
10.1.	Estudos sobre a Percepção dos Professores face à PHDA	40
11.	Intervenção na PHDA	44
11.1.	Intervenção Escolar	45
11.2.	Intervenção Comportamental.....	46
11.3.	Intervenção Cognitivo-comportamental	47
11.4.	Intervenção Familiar	47
11.5.	Intervenção Farmacológica.....	48
11.6.	Considerações acerca da Intervenção na PHDA	50
III.	Metodologia.....	51
1.	Problemática.....	51
2.	Objetivo Geral.....	53
3.	Hipóteses	54
4.	Tipologia do Estudo	54
5.	Variáveis	55
6.	Método e Procedimentos.....	55
6.1.	Seleção da Amostra	55
6.2.	Caracterização da Amostra	56
7.	Instrumento	59
7.1.	Composição e Elaboração.....	59
7.2.	Validação do Questionário	60
7.2.1.	Procedimentos do Estudo Piloto.....	60

7.3. Aplicação	61
IV. Resultados.....	63
1. Análise Descritiva do Questionário	63
2. Análise Correlacional.....	69
V. Análise e Discussão de Resultados	77
1. Análise Descritiva do Questionário	77
2. Análise Correlacional.....	83
VI. Conclusão	87
VII. Referências Bibliográficas.....	89
1. Bibliografia	89
2. Netgrafia.....	90
VIII. Anexos.....	93

Índice de Anexos

Anexo I – Subtipos da PHDA (DSM-IV-TR, 2011)

Anexo II – Critérios de Diagnóstico para a PHDA (DSM-IV-TR, 2011)

Anexo III – Questionário sobre a PHDA

Anexo IV – Pedido de Autorização para a aplicação do questionário

Lista de Ilustrações

Tabela 1 – “Incapacidades” adaptada e traduzida de Barkley & Benton, 2010, pp. 11/12.....	19
Figura 1 - Ciclo vicioso dos problemas escolares de crianças hiperativas (adaptado de Weiss e Hechtman, 1993, <i>cit. in</i> Lopes, 2004, p. 112).	37
Tabela 2 – Análise Descritiva da Variável Sexo.....	56
Tabela 3 – Análise Descritiva da Variável Idade.....	57
Tabela 4 – Análise Descritiva das Habilitações Acadêmicas	57
Tabela 5 – Análise Descritiva do Tipo de Formação sobre a PHDA.....	57
Tabela 6 – Análise Descritiva da Distribuição dos Professores por Tempo de Serviço e pelo Ciclo que Lecionam	58
Tabela 7 – Análise Descritiva do Número de Professores com Alunos Diagnosticados com PHDA e Alunos com Sinais de PHDA	64
Tabela 8 – Análise Descritiva do Nível de Conhecimento dos Professores	65
Tabela 9 – Análise Descritiva do Grau de Gravidade.....	65
Tabela 10 – Análise Descritiva das Características da PHDA.....	67
Tabela 11 – Análise Descritiva dos Tipos de Intervenção em PHDA	67
Tabela 12 – Análise Descritiva Relativa ao Tipo de Especialistas Recomendados pelos Professores	68
Tabela 13 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk	69
Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis.....	70
Tabela 15 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk	71
Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis.....	72

Tabela 17 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk	73
Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis.....	74
Tabela 19 – Frequência do Grau de Gravidade.....	75
Tabela 20 - Frequência das Formas de Intervenção.....	76

Lista de Siglas

APCH - Associação Portuguesa da Criança Hiperativa

DA - Dificuldades de Aprendizagem

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Texto Revisto

e.g. – “exempli gratia” – por exemplo

N – Número de sujeitos da amostra

PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

I. Introdução

Os problemas de comportamento e os problemas de aprendizagem em contexto escolar constituem uma das principais fontes de preocupação para professores, pais, psicólogos e, de uma forma geral, para todos aqueles que se interessam pelos fenómenos educativos (Lopes, 1996, p. 3).

A Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA) integra um problema clínico frequente, sendo um dos distúrbios mais vezes diagnosticado na infância e na adolescência. Contudo, *a ausência de trabalhos rigorosos que validem empiricamente a PHDA, é a causa da grande confusão conceptual existente, o abuso no diagnóstico e as dificuldades em encontrar tratamento adequado* (Farré & Narbona, 2003, cit. in Lopes, 2009, p. 1).

Através do presente estudo pretende-se fazer um resumo de algumas teorias existentes acerca da PHDA e determinar qual o estado atual de conhecimento dos professores acerca desta mesma temática, para assim facilitar uma permuta de conhecimentos científicos que permita a elaboração futura de novas estratégias e/ou metodologias mais adequadas e que contribuam para a solução do problema.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos principais, sendo o primeiro o enquadramento teórico que, por sua vez, constitui-se de diferentes partes.

Na primeira parte apresenta-se a definição do conceito, situando-o historicamente com base em diferentes autores. Posteriormente caracteriza-se e conceitua-se a PHDA através de uma breve revisão da literatura científica sobre a temática, destacando-se os trabalhos de Barkley (1990, cit. in Lopes, 1998) que considera esta perturbação uma deficiência no desenvolvimento da regulação e manutenção do comportamento por regras e consequências.

Num terceiro ponto, faz-se referência às dimensões essenciais da perturbação, levando em conta os critérios atualmente apresentados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2011). Seguindo as referências bibliográficas, como características primárias, apresentam-se o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, descrevendo-se separadamente as particularidades associadas a cada uma.

Achou-se, também, pertinente destacar o percurso evolutivo com pormenor para as duas fases que se consideram relevantes no desenvolvimento do estudo, ou seja, a infância e a adolescência, uma vez que este teve como população alvo professores que lecionam entre o 1º ciclo e o ensino secundário.

De seguida, explana-se sobre as características de diagnóstico, destacando a importância de uma avaliação individual do comportamento da criança em casa e na escola.

Caracteriza-se quais as causas associadas a esta perturbação (etiologia), fazendo referência aos diversos fatores enunciados na bibliografia e destaca-se, no ponto seguinte, qual a prevalência desta perturbação, quer na população portuguesa, quer na população mundial.

Posteriormente, não deixa de ser importante, no que se refere aos aspetos teóricos, apresentar os problemas associados e a comorbilidade característica da PHDA. Esta perturbação *está associada a insucesso escolar, acidentes, depressão, uso de substâncias ilegais e muito sofrimento* (Antunes, 2009, p. 162). São, de facto, muitos os problemas associados a esta perturbação e as suas consequências são preocupantes, ao longo do percurso de vida destes indivíduos.

Por este motivo, apresentam-se depois as consequências da PHDA na aprendizagem, salientando-se a inevitável associação entre a PHDA e as dificuldades em atingir o sucesso escolar. Tal como afirma Schachar *et al.* (1991, *cit. in* Lopes, 1996), no contexto escolar é uma evidência a estreita ligação entre esta perturbação e problemas de aprendizagem, constituindo a PHDA um fator de risco para a emergência de problemas de leitura e fracasso escolar generalizado.

Lecionar em turmas com alunos que apresentam PHDA requer um cuidado especial, os comportamentos impróprios e as dificuldades de aprendizagem conduzem ao desenvolvimento de sentimentos de aversão, quer por parte do aluno, quer por parte do professor.

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

Assim, e tendo em conta o objetivo central deste estudo, considera-se importante perceber qual a perceção e quais as atitudes dos professores face à PHDA.

Por último, referem-se os tipos de intervenção, tendo em conta uma visão holística que permita a combinação de diferentes estratégias, no sentido de ajudar o desenvolvimento destes indivíduos.

Depois de compreender a PHDA, quais as causas, consequências e problemas associados, o trabalho compõe-se de um outro capítulo, dedicado à Metodologia. Mencionam-

se aqui os objetivos do estudo, a seleção da amostra e a caracterização dos participantes. No seguimento, faz-se referência ao instrumento de pesquisa utilizado bem como os respetivos procedimentos de composição, validação e aplicação do mesmo.

No quarto capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do método proposto; seguindo-se a análise e discussão de resultados de acordo com dois organizadores principais: análise descritiva do questionário e hipóteses.

No quinto e último capítulo, serão apresentadas as principais conclusões, e propostas algumas sugestões para estudos futuros, no âmbito da PHDA.

II. Enquadramento Teórico

1. Natureza da PHDA: Evolução Histórica e Definições

A abordagem da evolução histórica do conceito da PHDA torna-se fundamental para a compreensão, que se afigura complexa, da definição, conceptualização, avaliação e intervenção da PHDA.

Weiner (1982, *cit. in* Lopes, 1998) refere a probabilidade de se encontrarem as primeiras referências bibliográficas ao que é denominado vulgarmente por hiperatividade, na segunda metade do séc. XIX. Também Thorley (1984, *cit. in* Barbosa, 2005) afirma que no final do século XIX esta perturbação tinha sido descrita na literatura médica por termos, tais como “idiotas loucos”, “insanidade impulsiva” e “inibição defetiva”.

Ainda que as primeiras referências à PHDA (ou pelo que, na época, lhe correspondia) pareçam ter surgido neste século, o precursor do estudo foi Heinrich Hoffman, um psiquiatra alemão que, no ano de 1845, através de desenhos, ilustrou uma breve conduta de uma criança com hiperatividade no seu livro de contos *Zappel-Philip* (e.g., Gaião e Barbosa, 2001, *cit. in* Barbosa, 2005; Barkley, 2006).

Porém, as primeiras descrições científicas são atribuídas a George Frederic Still que em 1902 descreve, na revista médica *The Lancet*, o comportamento de crianças excessivamente ativas e agitadas, com falta de atenção, dificuldades na aprendizagem e problemas de comportamento, caracterizando-as como tendo “*Defeitos Mórbidos de Controle Moral*” (e.g., Lopes, 1996; Barkley, 2006; Fernandes, 2007; Benczik, 2008; Lopes, 2009).

Nos finais da primeira Guerra Mundial (1917-1918), a PHDA foi associada a lesões cerebrais, devido ao eclodir do surto de encefalite na Europa e Estados Unidos. Considera-se que foi a partir dessa altura que os americanos começaram a demonstrar o seu interesse pela perturbação (e.g., Lopes, 2004; Benczik, 2008; Baptista, 2010). Nessa altura, muitos clínicos depararam-se com um grande número de crianças que, apesar de terem sobrevivido a esta infeção cerebral, apresentavam significativas sequelas a nível cognitivo e comportamental. Hohman (1992, *cit. in* Fernandes, 2007) observou um comportamento similar ao da PHDA nas crianças que sobreviveram à epidemia de encefalite, descrevendo-as como limitadas na sua atenção, na regulação da atividade e na impulsividade. De facto, sintomas essenciais ao que é hoje denominado de PHDA. Estas crianças *apresentavam também alterações cognitivas na memória e eram socialmente disruptivas. Este quadro sintomatológico era resultado de*

um dano cerebral e foi apelidado de “Distúrbio Pós-encefálico do Comportamento” (Barkley, 2006, p. 5, *cit. in* Baptista, 2010, p. 17).

Em 1934, Eugene Kahn e Louis H. Cohen, sugerem que a PHDA provém de origem orgânica e desenvolve-se devido a uma disfunção troncoencefálica. Surge, desta forma, o conceito de “*Síndrome de Impulsividade Orgânica*” (Fernandes, 2007).

De acordo com a perspectiva de Lopes (2004), os diversos trabalhos publicados entre 1936 e 1941 por Bradley, Bowen, Goldstein, Molitch e Eccles, contribuíram significativamente para a evolução do conceito de PHDA.

Assim, nos anos 50, a noção de lesão cerebral, referida até então para descrever a PHDA, deu lugar à noção de “*Perturbação Comportamental Hipercinética*”, que seria causada por uma lesão ou disfunção do diencefalo. Denhoff (1959, *cit. in* Lourenço, 2009, p. 22) *referiu que a perturbação seria uma espécie de disfunção cerebral, uma vez que não era comprovada evidência de lesão cerebral na maioria das crianças. Descrevia-a como uma perturbação hipercinética do impulso, caracterizada pela agitação, hiperatividade, diminuição progressiva da atenção, concentração escassa, distração e irritabilidade.* Esta ideia faz antever a noção de “*Disfunção Cerebral Mínima*” elaborada por Clements e Peters, em 1962.

É precisamente por volta dos anos 60 que os estudos começam a ter maior rigor científico (Fonseca, 1998, *cit. in* Júlio, 2009, p. 2) passando a ser colocado ênfase na atividade motora como a componente essencial da perturbação (Werry, 1968; Werry e Sprague, 1968; Wender, 1971, *cit. in* Lopes, 1998), o que leva a que esta passe a ser designada de “*Reação Hipercinética da Infância*”, no DSM-II (1968). No entanto, continuam a prevalecer diferentes conceitos para designar uma mesma perturbação.

Surgem, nesta altura, divergências entre a posição americana e a posição dos europeus relativamente à caracterização deste distúrbio. Nos Estados Unidos, a hiperatividade tendia a ser vista como um síndrome comportamental relativamente frequente, fundamentalmente caracterizada por níveis de atividade superiores ao normal, não necessariamente associada a uma patologia cerebral e constituindo um grau extremo na variação normal do temperamento infantil (Barkley, 1990, *cit. in* Lopes, 1996). Na Europa, houve alguma divisão de opiniões. Enquanto na Holanda (um dos mais importantes centros europeus de investigação nesta área) se evidenciou a tendência para seguir a posição americana, na Inglaterra a hiperatividade era encarada como um estado extremo de excesso de atividade, muito pouco comum e frequentemente associada a outros sinais de lesão cerebral (como epilepsia ou atraso mental). Como resultado desta divergência de posições, os critérios diagnósticos, as estimativas de

prevalência e as prescrições de tratamento apresentavam diferenças consideráveis (Lopes, 1996).

Mais tarde, no decorrer da década de 70, é elaborado um trabalho de investigação conducente à elaboração de critérios de diagnóstico e de pesquisa mais precisos. Tal como afirma Lopes (2004), surgem nesta altura inúmeros estudos sobre a PHDA e, no final da década, estimavam-se já milhares de artigos, livros e textos científicos publicados. É também nos anos 70 que a hiperatividade deixa de ser o fator essencial da perturbação, dando-se agora maior ênfase ao défice de atenção e impulsividade. Douglas (1972, *cit. in* Lopes, 1998) aponta precisamente para a necessidade de se considerar a desatenção e a impulsividade como problemas persistentes da perturbação e Douglas e Peters (1979) reafirmam a importância dos problemas de atenção. Como resultado destas investigações, o DSM-III (1980) reconceptualiza a “*Reação Hiperkinética da Infância*” que dá lugar ao “*Distúrbio de Déficit de Atenção*”, designação que adota os problemas de atenção como sintoma fulcral e não os da atividade motora como havia sido proposto anteriormente (e.g., Vásquez, 1993; Benczik, 2008).

Se, tal como referido, na década de 70 haviam surgido uma imensidão de trabalhos sobre a PHDA, a década de 80 acentuou visivelmente essa tendência, tornando-se esta perturbação a mais estudada da infância e adolescência. Os modelos de pesquisa tornam-se tecnicamente mais complexos e assim alguns autores afirmam que nem sempre se encontram problemas de atenção em crianças com esta perturbação (Douglas, 1983, 1988; Draeger *et al.*, 1986; Sergeant, 1988, *cit. in* Lopes, 1998) e verifica-se que os fatores instrutivos e motivacionais têm extrema importância na determinação, presença e grau dos sintomas desta perturbação, o que leva alguns investigadores a colocarem em hipótese um modelo motivacional explicativo dos défices verificados nas crianças com esta perturbação (Sroufe, 1975, *cit. in* Lopes, 1998).

Ainda nos anos 80, outras investigações apontam para o impacto sócioecológico dos sintomas da PHDA nas crianças, pais, professores, familiares e pares (Barkley *et al.*, 1985; Whalen *et al.*, 1980, 1981; Mash e Johnston, 1983, *cit. in* Lopes, 1998). Estes investigadores estudam, ainda, os efeitos de medicamentos estimulantes nestes contextos. Os resultados destes estudos corroboram a ideia que os comportamentos adversos e de rejeição podiam ser bastante reduzidos com a administração de estimulantes. Destas descobertas científicas emergiu a opinião que a PHDA como condição incapacitante não residia apenas na criança, mas também na relação entre as capacidades da criança e as exigências ambientais do contexto sócioecológico em que a criança atua. No DSM-III-R (1987) são revistos os critérios

que definiam o “*Distúrbio de Défice de Atenção*” e esta perturbação passa a ser designada de “*Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção*” e incluído na categoria dos distúrbios do comportamento.

Os primeiros anos da década de 90 constituíram-se não só como uma época de reflexão sobre todas as investigações realizadas nas décadas anteriores, também como uma época de ativa investigação, sobretudo no sentido de validar os modelos e hipóteses anteriormente desenvolvidos.

Esta tendência mantém-se com a chegada do ano dois mil, contudo, destacam-se os trabalhos de investigação sobre hereditariedade, genética molecular e neuroimagem. *Confirma-se a base hereditária da PHDA e calcula-se ter-se descoberto “genes candidatos”, relacionados com a perturbação. Foram também reconhecidas novas regiões cromossómicas, que podem estar relacionadas com a PHDA, embora esta área precise ainda de maior investigação para a devida confirmação. Não surgiram, novas teorias sobre a PHDA, no entanto as teorias existentes, a par dos avanços, impulsionaram ainda mais a investigação sobre a perturbação com base na neuropsicologia.* (Barkley, 2006, p. 36/37).

O conceito de PHDA constitui-se de diversas perspetivas, sendo o objetivo principal de todas elas, encontrar uma definição livre de controvérsias e o mais consensual possível. As primeiras teorias restringiam a definição às suas causas e sintomas, associando esta perturbação a lesões cerebrais. Com o evoluir da investigação, novas teorias surgem e começou-se a perceber que a PHDA não se resumia apenas aos seus sintomas e causas e que tinha consequências em vários domínios. As investigações apontam para o impacto sócioecológico dos sintomas da PHDA, com especial destaque para o familiar e escolar. Mais tarde, verificou-se a persistência destes comportamentos durante a vida adulta e determinou-se a importância do seu tratamento.

Em síntese e considerando uma perspetiva atual, segundo o DSM-IV-TR (2011), a designação utilizada por toda a comunidade científica, é a de “*Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção*” (PHDA) e são considerados três subtipos consoante o padrão sintomático predominante nos últimos seis meses: Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, tipo Misto [F90.0]; Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8] e Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo [F90.0] (ver anexo I).

2. Definição da PHDA

Como ficou demonstrado no ponto anterior, a PHDA é uma das perturbações mais estudadas e também uma das mais controversas. Partindo agora para a sua definição, considera-se vantajoso abordar diferentes perspetivas, uma vez que se pressupõe que cada nova informação contribui para uma melhor clarificação das perspetivas que envolvem esta questão.

Surgem, duas definições de PHDA: (1) uma que Barkley (1990) denomina "definição de consenso" e que traduz as tendências essenciais da literatura até aos anos 90 e uma outra (2) que inclui novos dados de investigação e integra uma importante reconceptualização do problema.

(1) DEFINIÇÃO DE "CONSENSO"

"Attention-Deficit Hyperactivity Disorder is a developmental disorder characterized by developmentally inappropriate degrees of attention, overactivity, and impulsivity. These often arise in early childhood; are relatively chronic in nature; and are not readily accounted for on the basis of gross neurological, sensory, language, or motor impairment, mental retardation, or severe emotional disturbance. These difficulties are typically associated with deficits in rule-governed behavior and in maintaining a consistent pattern of work performance over time" (Barkley, 1990, p. 47, cit. in Lopes, 1996, p. 65).

A década de 90, tal como referido anteriormente, constituiu-se como uma época de ativa investigação, sobretudo no sentido de validar os modelos e hipóteses anteriormente desenvolvidos. Uma das hipóteses mais consistentes considera como fundamental para a caracterização da PHDA as dificuldades de adesão a regras e instruções, refletindo aquilo que se denomina *défices no comportamento autorregulado* (Barkley, 1981, 1982, 1985, 1990, 1994; Douglas, 1988; Grodzinsky, 1990; Kendall & Braswell, 1984; Whalen, Henker & Dolemoto, 1981, cit. in Lopes, 1996, p. 92), ou seja, a PHDA não se constitui fundamentalmente como um distúrbio ao nível da atenção mas sim um problema desenvolvimental de inibição de respostas. Partindo dos pressupostos mencionados, Barkley (1990) avança com uma redefinição do conceito de PHDA.

(2) REDEFINIÇÃO DA PHDA

"ADHD consist of developmental deficiencies in the regulation and maintenance of behavior by rules and consequences. These deficiencies give rise to problems with inhibiting, initiating, or sustaining responses to tasks or stimuli, and adhering to rules or instructions, particularly in situations where consequences for such behavior are delayed, weak, or nonexistent. The deficiencies are evident in early childhood and are probably chronic in nature. Although they may improve with neurological maturation, the deficits persist in comparison to same-age normal children, whose performance in these areas also improves with development" (Barkley, 1990, p. 71, *cit. in* Lopes, 1996, pp. 93/94).

Mais tarde, surge o estudo realizado por Goodman e Poillon (1992). Estes investigadores “fizeram a revisão de vários artigos e livros dedicados ao tema (48), com o objetivo de operacionalizarem as diferentes perspetivas acerca da PHDA. Identificaram sessenta e nove características diferentes e trinta e oito possíveis causas para a perturbação. As mais referidas foram: baixa capacidade de atenção (32), hiperatividade (29), impulsividade (28), distração (20), dificuldade em acompanhar os conteúdos (15), fraca coordenação motora (10), problemas de conduta (9), problemas de concentração (9), o facto de ser um conjunto precoce de sintomas (9), maior necessidade de supervisão (8) e dificuldade em esperar pela sua vez (7)” (Baptista, 2010, p. 23).

O conjunto de características encontradas nesta investigação é elucidativo da controvérsia que sempre envolveu esta perturbação. Pode verificar-se que, para além da falta de consenso entre os investigadores sobre as características referidas, muitas delas têm natureza subjetiva e contraditória. Perante toda esta controvérsia instituída à volta da PHDA, Barkley e um conjunto de mais 80 investigadores, assinaram uma declaração - *International Statement on ADHD* (Barkley, 2002, *cit. in* Baptista, 2010), com a finalidade de criar uniformidade, em relação aos critérios utilizados na definição da perturbação, características de diagnóstico e outros aspetos considerados fundamentais nesta área.

Corroborando a ideia anteriormente apresentada, diferentes autores, consideram que esta é uma das perturbações da infância mais frequentemente diagnosticada e representa na atualidade um tema de grande importância para a Saúde Pública (Costa et al., 2010, p. 16). A PHDA é caracterizada, pela generalidade de autores, por dificuldades em manter a atenção (e.g., distração, dificuldades em completar tarefas), atividade excessiva (e.g., agitação motora) e impulsividade (e.g., interromper os outros) em níveis que são inconsistentes com a

fase de desenvolvimento da criança (Anastopulos, 1996; Barkley, 2004; DuPaul, Junod & Flammer, 2004, *cit. in* Malaca, 2008, p. 8).

As crianças em idade escolar têm dificuldade em estar sentadas, levantam-se constantemente, mexem-se nas cadeiras, ficam sentadas na borda das cadeiras, transportam objetos de um lado para o outro, batem palmas e mexem os pés e as pernas excessivamente (DSM-IV-TR, 2011).

Tipicamente, esta é considerada uma perturbação crónica, cujos sintomas se começam a notar na infância e se estendem até à idade adulta (Barkley, 2004; Barkley, Fisher, Smallish & Fletcher, 2002, *cit. por* DuPaul et. al., 2004, *cit. in* Malaca, 2008, p. 8), *influenciando a relação entre pais e filhos, bem como o desempenho escolar e as relações com os pares* (Barkley, 1990, *cit. por* Anastopoulos, 1996, *cit. in* Malaca, 2008, p. 8). *Raramente ocorre de forma isolada, estando associada a perturbações comportamentais, como a perturbação de oposição e comportamentos de agressividade, perturbações emocionais e desmotivação escolar* (Anstopoulos, 1996; Barkley, 2004, *cit. in* Malaca, 2008, p. 9).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2011, p. 85) a principal característica da PHDA *é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.*

Este padrão é, tal como referem outros autores, *caracterizado por níveis desajustados de focalização e manutenção da atenção, modulação da atividade motora e de controlo dos impulsos* (Poeta & Neto, 2004; Fabiano et al., 2010, *cit. in* Santos, 2011, p. 4).

Porém, a conceptualização cognitiva da PHDA, como um problema de atenção ou hiperatividade/impulsividade, tem vindo a ser substituída por teorias que têm por base os défices motivacionais, particularmente, os que se ligam com perturbação de base biológica da regulação do comportamento por regras e consequências.

Desta forma, a PHDA é hoje considerada uma perturbação com base neurobiológica, caracterizada pelo *inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e/ou hiperatividade* (Parker, 2003, p. 8). *A Investigação Neuropsicológica conceptualiza a PHDA, como um distúrbio neurocognitivo, em que a auto-regulação, a inibição do controlo, bem como, a auto-consciência dos resultados explícitos e implícitos do comportamento são características fundamentais a avaliar* (Zimmerman & Martinez-Pons, 1990; *cit. por* Lopes, 2004; Sonunga-Barke, 2002; Anderson et al., 2001;

Tirapu-Ustárriz *et al.*, 2005, *cit. in* Costa *et al.*, 2010, p. 17). A PHDA envolve, portanto, segundo Barkley (2012) défices de autocontrolo, autoconhecimento, automotivação e autodireção para a resolução de problemas.

Conclui-se que a investigação tende a prosseguir no sentido de melhor clarificar a definição desta perturbação, surgindo, a cada nova investigação, diferentes teorias, cada vez mais complexas, fruto dos avanços significativos das ciências que procuram incessantemente uma definição para esta perturbação.

3. Dimensões Essenciais

Diferentes autores distinguem entre dimensões essenciais ou características primárias e características secundárias (e.g., Lopes, 2004; Barkley, 2006; Lopes, 2009). Como características primárias, apresentam o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade; no que se refere às características secundárias, estas são vistas como consequência das características primárias. Barkley (1998a, *cit. in* Lopes, 2009, p. 14) *fala-nos destas características englobando-as da seguinte forma: problemas cognitivos, atraso da linguagem, menor capacidade de adaptação, problemas ao nível do desenvolvimento motor, déficit da autorregulação das emoções, dificuldades na realização académica e realização de tarefas e ocorrência de alguns riscos de saúde* (maior probabilidade de terem acidentes, dificuldades em adormecer e agitação durante o sono).

Isto quer dizer que todos nós exibimos sintomas desta perturbação pontualmente, sendo que o que destaca as crianças com o diagnóstico dos seus pares sem o diagnóstico é a sua predisposição genética para apresentarem esses sintomas num grau significativamente superior ao considerado normal para a idade e género em questão (Levy et al., 1997; *cit. in* DuPaul & Stoner, 2007, *cit. in* Baptista, 2010, p. 36).

Contudo, e de acordo com os critérios levados em conta atualmente, para que um indivíduo se qualifique para o diagnóstico de PHDA, basta apenas apresentar os sintomas de desatenção, de hiperatividade ou de impulsividade descritos no DSM-IV-TR (e.g., Parker, 2003; Díaz, et al., 2009) (ver anexo II), e que se apresentam a seguir.

3.1. Déficit de Atenção

De acordo com a perspetiva da neuropsicologia a capacidade de atenção, é considerada um conceito multidimensional, que pode englobar problemas de alerta, de ativação, de seletividade, de manutenção da atenção, de distractibilidade, de nível de apreensão, entre outros (Barkley, 2006, *cit. in* Baptista, 2010, p. 40)

O âmbito da atenção é, habitualmente, o sintoma da PHDA que causa maiores problemas na escola, embora não seja tão visível quanto a hiperatividade ou a impulsividade.

Os mecanismos de atenção destas crianças são ineficazes. Isto significa que *têm uma grande dificuldade em concentrarem-se em tarefas entediantes como, por exemplo, trabalhos escolares, que põem sistematicamente à prova estes mecanismos* (Selikowitz, 2010, p. 20). *Por outro lado apresentam mais dificuldades de memorização e de seguir instruções*

(Lourengo, 2009, p. 32). É inevitável que estas crianças apresentem grandes dificuldades em estar com atenção num contexto de sala de aula, no qual existem inúmeros distratores, que desfocalizam a sua atenção.

Araújo e Silva (2003, *cit. in* Lopes, 2009, p. 15) *referem que as crianças com PHDA são frequentemente acusadas devido à sua falta de atenção, mas, o que acontece na verdade é que elas mostram atenção a tudo ao mesmo tempo. As suas dificuldades relacionam-se com o facto de não conseguirem focalizar a atenção de forma seletiva.* Esta é a razão pela qual muitas vezes não terminam os trabalhos em que estão envolvidas e procuram algo que seja mais interessante, mais divertido e estimulante.

As crianças com PHDA, em vez de continuarem com a tarefa que estavam a realizar, apresentam uma elevada probabilidade de saltar de um estímulo distrator para outro estímulo distrator, e assim sucessivamente, acabando por se descurar o que estavam inicialmente a fazer.

3.2. Hiperatividade

A hiperatividade é outra característica comum às crianças com PHDA, correspondendo à desadequada e excessiva atividade motora ou oral da criança e aos seus comportamentos grosseiros e desnecessários.

A nível motor, é frequente estas crianças mexerem permanentemente as mãos e as pernas, demonstram também grandes dificuldades em estar quietas ou paradas e, particularmente, exibem agitação constante. Ao nível da atividade oral, são caracterizadas por falarem excessivamente, mesmo em situações em que não é aconselhável o fazer.

Por norma, as crianças que são hiperativas mostram-se bastante mais irrequietas e dão mostras de um excesso de atividade bastante mais marcante, fazendo-o em muitas mais situações do que o fazem os seus pares não hiperativos (Parker, 2003, p.10).

Os pais costumam descrevê-las como sendo “irrequietas”, “falam de mais” e “não conseguem ficar quietas”, os professores, mencionam as suas ausências do lugar sem permissão, dizem que estes alunos “respondem fora de vez” e referem ainda a sua necessidade de mexer em coisas de que não necessitam no momento (e.g., Lopes, 1996; Baptista, 2010).

De acordo com Barkley (2002, *cit. in* Baptista, 2010, p. 44), *a hiperatividade faz parte do mesmo problema que a impulsividade, pois ambos os sintomas estão associados a uma*

difficuldade na inibição do comportamento. Por seu lado, a desatenção pode, segundo o mesmo autor, estar relacionada com esta falta de inibição.

3.3. Impulsividade

A impulsividade é também um conceito de natureza multidimensional, que abrange vários constructos. *Para uns autores ela está relacionada com o controle executivo, com o adiamento da gratificação, com o esforço e mesmo com a condescendência* (Olson, Shilling & Bat, 1999 *in* Barkley, 2006; p. 81, *cit. in* Baptista, 2010, p. 42). *Para outros trata-se de um processo executivo, motivacional e automático da inibição da atenção* (Nigg, 2000; *in* Barkley, 2006; p. 81, *cit. in* Baptista, 2010, p. 42).

A impulsividade exterioriza-se por impaciência, fraca manutenção da inibição à resposta (Gordon, 1979, *cit. in* Lopes, 1998), dificuldade em esperar pela gratificação (Barkley, 1990; Rapport, Tucker, DuPaul, Merlo & Stoner, 1986, *cit. in* Jorge, 2007), dificuldade em parar para pensar antes de agir (Selikowitz, 2010) ou ainda fraca aderência a ordens para regular ou inibir o comportamento, muitas vezes ao ponto de estas crianças, provocarem problemas em situações sociais e escolares.

Contudo, *as crianças com PHDA não se comportam com impulsividade por ignorância. Normalmente sabem tão bem como as outras da mesma idade o que devem e não devem fazer. No entanto, reagem de uma forma reflexa (impulsiva) ao que acontece à sua volta* (Selikowitz, 2010, p. 46).

Assim, as crianças com PHDA, embora tenham consciência das consequências dos seus comportamentos, não conseguem agir de acordo com esse conhecimento sobre o futuro, sendo as suas ações orientadas por o impulso do momento. *A sua resposta obedece a um esquema de reforço imediato, uma vez que não conseguem manter a atenção nas suas representações internas e guiar as suas ações por uma perspetiva futura* (Jorge, 2007, p. 41).

4. Percurso Evolutivo

Nos primeiros anos de vida, na fase pré-escolar, existem no comportamento infantil certos indicadores que apontam para a possibilidade de problemas posteriores. Para além de serem irrequietas, estas crianças oferecem maior resistência aos cuidados habituais e têm normalmente problemas durante o sono e alimentação.

Porém, é com a entrada no ensino básico que se tornam evidentes as dificuldades das crianças com PHDA menos acentuada. A necessidade de organizarem cadernos e trabalhos e permanecerem sentadas e focadas durante um período de tempo relativamente prolongado, não é uma tarefa fácil para estas crianças. *É o lápis que cai com frequência inusitada, a necessidade de ir à casa de banho a cada meia hora, o interesse pelo mais pequeno ruído que faz descolar os olhos do professor, o cochichar constante e a resposta intempestiva* (Antunes, 2009, p. 155).

Com o aproximar da adolescência, o excesso de atividade motora diminui e os jovens com PHDA caracterizam-se nesta fase, por serem impacientes e por se sentirem incomodados nas situações em que se lhes exige o alcance de resultados académicos satisfatórios. É, também, na adolescência que, em geral, se anunciam as consequências de uma PHDA não diagnosticada: baixa autoestima, fraca imagem de si próprio, desmotivação para o trabalho escolar, depressão, o que associado à impulsividade leva com frequência a comportamentos de risco.

Conclui-se, dos trabalhos realizados sobre a evolução das crianças alguns anos depois de terem sido diagnosticadas, que algumas melhoraram em âmbitos problemáticos como a inquietude, a falta de atenção e a concentração. Muito poucas desenvolvem perturbações psicológicas graves, embora muitas permaneçam com problemas de adaptação às normas sociais, problemas emocionais e, inclusivamente, dificuldades de aprendizagem.

O ideal seria que a deteção precoce do problema pudesse levar a uma intervenção que tornasse a adaptação escolar mais fácil (Antunes, 2009, p. 156). Descrevem-se, com mais pormenor, de seguida as duas fases que se consideram pertinentes para o desenvolvimento do estudo, uma vez que este tomou como população alvo professores que lecionam no 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e no ensino secundário.

4.1. PHDA na Infância

Com a entrada para o 1º ciclo do ensino básico os comportamentos que estas crianças apresentam como característicos da perturbação, vão certamente agravar-se ainda mais dada a imaturidade que as caracteriza a todos os níveis.

Durante esta idade a criança hiperativa ocupa o primeiro plano da sua turma. Por um lado, não é capaz de respeitar a disciplina imposta na escola; por outro tem mais dificuldades na aprendizagem do que os seus colegas (Polaino-Lorente & Ávila, 2004, p. 44). Estas crianças não conseguem estar sentadas durante períodos muito longos, a sua atenção é deficitária, não conseguindo seguir instruções muito longas, têm também dificuldades em organizar o material e não cumprem as tarefas até ao fim. A sua relação com os pares pode ser comprometida. As crianças com PHDA tornam-se aos poucos, solitárias, não por opção mas por rejeição dos amigos de escola. Estes afastam-se por diversas razões, como, conduta agressiva; desrespeito por todas as regras dos jogos e pela frequente atitude dominadora. O que reafirma o condicionamento da PHDA no sucesso escolar.

Barkley (1998, *cit. in* Lourenço, 2009) menciona que as dificuldades apresentadas pelas crianças ao nível da capacidade para ficar sentada, ouvir, obedecer, inibir o comportamento impulsivo, cooperar, organizar ações, seguir instruções, partilhar, brincar de modo adequado e interagir de forma simpática com os outros, vão certamente interferir com o sucesso académico destas crianças.

Todas estas características, como a imaturidade, o pouco tempo que é capaz de estar atenta, a incapacidade de se concentrar durante longos períodos de tempo, as atitudes impulsivas, não se solucionam simplesmente deixando passar o tempo, pelo contrário, tudo isto pode agravar-se.

Como consequência do fracasso escolar, pessoal e social que a criança com PHDA vivência diariamente, começam a manifestar-se sentimentos de insatisfação e mal-estar (Polaino-Lorente & Ávila, 2004, p. 46). Manifestações muito frustrantes que podem levar a sentimentos de aversão ou mesmo de hostilidade.

A partir dos sete anos, se a criança não for ajudada, é possível que comece a revelar sintomas de depressão como consequência da sua incapacidade para se adaptar às exigências paternas, escolares e dos seus companheiros. A PHDA é uma perturbação do comportamento que deve ser adequadamente tratada (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

4.2. PHDA na Adolescência

A adolescência, para os indivíduos com PHDA, constitui também um período muito difícil da sua vida, tal como já referido anteriormente.

A situação escolar é o maior problema do adolescente que tem no seu percurso inúmeros falhanços e insucessos a esse nível. A criança instável torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbios do comportamento e ocasionalmente dificuldades específicas de aprendizagem (Melo, A. R., 2003, cit. in Lourenço, 2009, p. 59).

Com o aumento da exigência ao nível da responsabilidade, identidade, mudança de aparência física, aceitação por parte do grupo, relações amorosas, etc., que se esperam que aconteçam nesta fase desenvolvimental, a adolescência para um indivíduo com PHDA torna-se ainda mais um período especialmente complexo, levando muitas vezes a comportamentos de risco. *O primeiro problema é o abuso de álcool ou adição a qualquer outra droga. O adolescente com PHDA é mais propenso do que outros jovens da sua idade a abusar deste tipo de substâncias, já que algumas delas têm para ele um efeito sedativo. O segundo problema é o abuso de experiência sexuais* (Polaino-Lorente & Ávila, 2004, p. 47). O adolescente com PHDA (tal como qualquer outro adolescente) não tem a maturidade suficiente para compreender e integrar na sua vida o desenvolvimento sexual e o papel que a sexualidade desempenha na vida humana, este facto, ligado à impulsividade que o caracteriza, leva-o frequentemente a realizar atos sexuais desajustados.

De facto, e de acordo com as referências bibliográficas, o número de adolescentes com PHDA grávidas é superior ao de adolescentes sem a perturbação.

Por todos estes motivos, não se deve descuidar a intervenção junto dos jovens adolescentes pois as consequências para as suas vidas podem ser nefastas.

4.3. Incapacidades Provocadas pela PHDA na Infância e Adolescência

Como foi possível verificar, a PHDA não é um problema unicamente específico da infância, e exige um cuidado especial e uma intervenção adequada para que os fatores de risco diminuam.

Apresenta-se de seguida uma tabela que integra de forma resumida as incapacidades características das fases desenvolvimentais anteriormente apresentadas.

Incapacidades características da infância	Incapacidades características da adolescência
Conflitos e stresse familiar	Mau funcionamento no trabalho
Relacionamento pobre entre pares	Frequentes mudanças de emprego
Poucas ou nenhuma amizades	Comportamento sexual de risco / aumento da gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis
Comportamentos disruptivos	Condução insegura (excesso de velocidade, acidentes frequentes)
Poucos cuidados com a segurança pessoal/ aumento das lesões acidentais	Dificuldades de gestão financeira (gastos impulsivos, uso excessivo de cartões de crédito, pouca ou nenhuma poupança, etc.)
Desenvolvimento tardio do autocuidado	Problemas no namoro ou relacionamento conjugal
Desenvolvimento tardio da responsabilidade pessoal	Menos comum, mas de salientar:
Desempenho escolar inferior à média	Comportamentos antissociais (mentir, roubar, lutar), que levam ao contato frequente com a polícia e até mesmo à prisão, muitas vezes também associado a um maior risco de uso de drogas ilegais
Menos anos de escolaridade	Estilo de vida em geral, menos saudável (menos exercício, mais sedentarismo, compulsão alimentar ou bulimia, nutrição deficitária, maior uso de nicotina e álcool) e, conseqüentemente, um aumento significativo do risco de doença cardíaca

Tabela 1 – “Incapacidades” adaptada e traduzida de Barkley & Benton, 2010, pp. 11/12

Pela análise da tabela, pode-se afirmar que a PHDA está na origem de muitas das incapacidades presentes durante as fases de desenvolvimento anteriormente descritas, sendo que a maioria dos sintomas de instabilidade têm início na infância ou na adolescência.

Uma grande percentagem de indivíduos com PHDA demonstra de facto ter problemas durante esta etapa de desenvolvimento.

Na infância, surgem problemas ao nível familiar e de relacionamento entre pares. Estas crianças têm normalmente um temperamento explosivo, colérico quando contrariadas, agressivas e com pouco sentido de responsabilidade (Lourenço, 2009). Para além disso, e tal como referido anteriormente, estas crianças têm um desempenho escolar inferior à média.

Na adolescência, um período por si só de grandes mudanças, quando associada à PHDA, pode levar a comportamentos de risco. Encontram-se mais relações entre as baixas expectativas futuras e a falta de confiança. Outros comportamentos, como roubos e incidentes públicos, comportamentos sexuais de risco e aumento da gravidez, tornam-se também mais frequentes. O mercado de trabalho pode constituir-se também como outro problema para os adolescentes com PHDA.

Por isso, mais uma vez se salienta a importância de uma intervenção adequada na PHDA, pois pode-se afirmar que a qualidade de vida nestas fases desenvolvimentais está intimamente relacionada com a saúde mental e bem-estar psicológico dos indivíduos.

5. Diagnóstico e Avaliação da PHDA

O primeiro passo para a elaboração de uma intervenção adequada da PHDA é a realização de uma avaliação e diagnóstico corretos.

A avaliação da PHDA desenvolve-se dentro de uma perspectiva multidisciplinar, pois tem em conta os dados proporcionados por provas de natureza distinta e por especialistas de diferentes áreas.

Os membros desta equipa de avaliação são, normalmente, médicos, psicólogos e elementos da escola, como professores, conselheiros ou especialistas em aprendizagem (Parker, 2003, p. 15).

Boavida, Porfírio e Borges (1998, *cit. in* Lopes, 2009), consideram que a avaliação de crianças ou adolescentes com PHDA deverá incluir uma avaliação cognitiva e académica, tendo como objetivo estabelecer um perfil psicométrico e de desempenho académico. Os autores evidenciam que é particularmente útil na determinação das áreas fracas e na recolha de informações sobre aspetos específicos da capacidade de atenção, de aprendizagem e de inteligência. Os autores referenciam, também, a necessidade de incluir na avaliação médica, o maior número de informações possíveis: história pessoal e familiar, fatores de risco (pré, peri e pós-natais), exame físico, avaliação do neurodesenvolvimento, da visão e da audição.

Embora não exista um único teste que, por si só, seja capaz de diagnosticar a PHDA de forma válida e fiável, existe um número de procedimentos de avaliação que, em conjunto, podem proporcionar informação útil na formulação de um diagnóstico (Parker, 2003).

O diagnóstico necessita da avaliação individual do comportamento da criança em casa e na escola, não devendo esta ser realizada em contexto clínico.

No âmbito psicológico, os especialistas prestam atenção a três aspetos do problema: os défices de atenção, o nível de atividade motora e o comportamento geral da criança no seu meio natural. Portanto, a avaliação da perturbação baseia-se nos testes que o psicólogo aplica à criança e nos que administra aos pais e aos professores, com o objetivo de obter informação sobre a sua conduta em casa e na escola (García, 2001).

Os meios utilizados para a recolha de informação relevante através da própria criança, incluem testes para detetar deficiências percetivas e cognitivas; observações do comportamento e métodos mecânicos que registam o nível de atividade em situações específicas.

Por sua vez, quando a fonte de informação são os adultos, utilizam-se entrevistas e escalas de avaliação. As entrevistas devem ser sobretudo estruturadas e semiestruturadas, e

fornece, para além dos valores objetivos, a dimensão fenomenológica que as escalas e questionários não conseguem (Lourenço, 2009). A entrevista *constitui geralmente uma primeira aproximação ao indivíduo identificado ou a pessoas significativas da sua vida. Trata-se assim de um primeiro passo no processo de avaliação* (Melo, A. R., 2003, cit. in Lourenço, 2009, p. 43). No entanto, este método por si só não chega para a avaliação desta perturbação, pelo que deve ser complementada com outros instrumentos.

Farré e Narbona (2003, cit. in Lopes, 2009) fazem especial referência a dois instrumentos que consideram de maior difusão para a avaliação da PHDA, o *Questionário de Gillberg* (1982) e as *Escalas para Pais e Professores de Conners* (1969, 1978, 1980).

Também Parker (2003) menciona algumas das escalas mais utilizadas na avaliação da PHDA: Escala de Avaliação de Conners para Professores – Revista; Escala de Avaliação de Conners para Pais – Revista e DDAH – Escala de Avaliação Compreensiva (Fichas para Pais e para Professores).

Por sua vez, Lopes (2004) faz referência ao que considera ser um dos questionários mais úteis na avaliação da PHDA, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1994. Menciona também o *Rating Scale-IV* (ADHD) de DuPaul, Power, Anastopoulos e Reid, de 1998, para pais e professores.

As escalas de avaliação comportamental, tal como os questionários e os inventários têm-se tornado progressivamente elementos-chave no processo de avaliação da PHDA. A disponibilização de diferentes escalas com boas propriedades psicométricas e estandardizadas para amostras de grande abrangência (em termos de idades, cultura e etnia), conduz à sua utilização segura na determinação do grau de desvio do problema da criança em relação a uma norma (Barkley, 1998, cit. in Lourenço, 2009, p. 45).

Estes instrumentos são, de facto, amplamente utilizados, pois permitem avaliar as crianças, mediante a informação proporcionada por pais, professores e adultos em geral, que permanecem em contacto com a criança no seu meio natural. Para além disso, são provas de fácil e rápida aplicação e as suas posteriores correção e interpretação não exigem muito tempo, nem muito esforço.

Deste modo, o estudo psicológico da criança começa por norma com a avaliação individual feita à própria criança e só depois de feita esta avaliação, se aplicam as entrevistas e escalas aos adultos, habitualmente os pais e professores da criança.

Por sua vez, é também importante referir que para o diagnóstico correto da PHDA, deve ser tida em conta a avaliação médica, que de acordo com Barbosa *et al.* (2005, p. 20) *deve incluir uma cuidadosa recolha de dados da história pessoal e familiar, fatores de risco*

(pré, peri e pós natais), exame físico e avaliação do neuro-desenvolvimento, da visão e da audição.

Porém, e apesar de existirem hoje diversos métodos para a avaliação desta perturbação, *coloca-se um problema em relação à padronização dos resultados, isto é, no estabelecimento de valores estatísticos que permitam com alguma segurança diferenciar a população com PHDA da que não sofre do problema* (Antunes, 2009, p.149).

Segundo o DSM-IV-TR para ser diagnosticada, exige-se que estejam presentes pelo menos seis sintomas de falta de atenção, seis ou mais de hiperatividade ou impulsividade, durante pelo menos seis meses e com efeitos negativos no funcionamento da criança em pelo menos dois contextos distintos, como a casa e a escola (ver anexo II). No entanto, o DSM-IV-TR apresenta algumas limitações no plano da avaliação (Lourenço, 2009):

- Os estudos para o desenvolvimento e testagem dos critérios de diagnóstico foram realizados com indivíduos institucionalizados;
- O número de critérios para estabelecer o diagnóstico baseia-se em dados empíricos;
- Os atuais critérios de diagnóstico não têm em conta as diferenças de género nem a influência da idade;
- As características comportamentais referidas no DSM-IV-TR são subjetivas e sujeitas a interpretações pessoais dos observadores.

Considera-se, porém, que os instrumentos referidos são, sem dúvida, úteis para a avaliação e diagnóstico da PHDA. E salienta-se que, independentemente da ferramenta que se utilize, deve ser tido em atenção que quanto mais informações se conseguir reunir, mais credível será o diagnóstico.

6. Etiologia

Desde a segunda metade da década de 80 que a investigação sobre a compreensão da etiologia da PHDA se tem desenvolvido acentuadamente. Neste percurso, têm sido demonstradas várias explicações e anuladas tantas outras (Barkley, 2006). *Atualmente, as investigações parecem comprovar o contributo de explicações biológicas, evidenciando-se uma forte componente genética e hereditária, sobretudo em formas de hiperatividade mais graves* (Willcutt *et al.*, 2000, *cit. in* Júlio, 2009, p. 8).

Segundo García (2001), apesar de se tratar de uma perturbação frequente na infância e adolescência e que há bastante tempo é objeto de interesse por parte de médicos e psicólogos, os fatores que a originam não estão ainda identificados de forma precisa, sendo que *a causa específica da PHDA em qualquer indivíduo é frequentemente indetetável e permanece inexplicada* (Parker, 2003, p. 14).

Porém, a investigação nesta área aponta para múltiplas etiologias, entre as quais as mais prováveis referem-se a fatores biológicos, atraso na maturação, fatores pré e perinatais, influências genéticas e outras variáveis próprias do ambiente da criança. Neste sentido, e com o objetivo de clarificar a origem da PHDA, optou-se por citar, nos pontos que a seguir se apresentam, os diferentes fatores que contribuem para o aparecimento desta perturbação, através de uma divisão proposta pela autora, com base em diferentes referências bibliográficas.

Esta necessidade de simplificar a perturbação revela a importância de redefinir os subtipos da PHDA tal como estipulados pelo DSM-IV-TR e, possivelmente incluir novas categorias de subtipos aos critérios de diagnóstico, de modo a permitir que este se faça de modo mais claro, preciso e idiossincrático possível. Isto porque, o esquema de categorização do DSM-IV-TR parece ser insuficiente para enquadrar a estrutura etiológica e fenotípica da PHDA, uma vez que, pequenas variações nos níveis sintomáticos levam a grandes alterações na classificação do subtipo (Lahey *et al.*, 2005, *cit. in* Santos, 2011, p. 17).

6.1. Fatores Pré-natais e Perinatais

A ação exercida pelo meio ambiente pré-natal e as dificuldades surgidas durante a gravidez têm sido referidas como causas relacionadas com as perturbações da conduta infantil.

Alguns autores afirmam que as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram anoxemia durante o parto ou infeções neonatais, têm maior probabilidade de desenvolver problemas comportamentais e PHDA.

De acordo com Júlio (2009, p. 12), *outros estudos evidenciam também relações entre a PHDA e a idade da mãe (Chandola et al., 1992), o mês de nascimento (Mick et al., 1996), a duração do trabalho de parto (Chandola et al., 1992), bem como a prematuridade do nascimento (Cherkes-Julkoski, 1998; Mick et al., 2002).*

O consumo de tabaco, o abuso de álcool e o stresse psicológico da mãe no período pré-natal são igualmente variáveis que se relacionam diretamente com os problemas de conduta observados na infância.

Gold e Sherry (1984, *cit. in* García, 2001) corroboram esta ideia, referindo que o abuso de álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor, contudo, a sua influência não é universal nem determinante. *Com menos evidência surgem também estudos que evidenciam o carácter preditor do consumo de tabaco (Barkley, 2002; Button et al., 2005; Milberger et al., 1996, cit. in* Júlio, 2009, p. 12), no surgimento da perturbação.

6.2. Fatores Genéticos

Existem inúmeras evidências de que os fatores genéticos são causas importantes em PHDA (Selikowitz, 2010, p. 132).

Lahey et al. (1988, *cit. in* Lopes, 1998) verificam a presença de uma elevada prevalência de PHDA entre os familiares de crianças com esta perturbação. Também os estudos de Barkley e Edelbrock (1987, *cit. in* Lopes, 1998) indicam que entre 20% a 30% dos pais e irmãos de crianças com PHDA apresentam o distúrbio.

Ainda no que se refere à influência genética, surgem referências a estudos com gémeos, que corroboram um certo papel dos genes na transmissão da desatenção e hiperatividade. Goodman e Stevenson (1989, *cit. in* Lopes, 1998, p.26), *no maior estudo realizado com gémeos, encontraram uma concordância para a hiperatividade de 51% entre*

gêmeos monozigóticos e de 33% entre os gêmeos dizigóticos. Outros estudos situam esta taxa na faixa de 70% a 80% (Faraone et al., 2005; Burt, 2009, cit. in Merwood & Asherson, 2011).

No entanto, as mais recentes investigações sugerem a PHDA como um distúrbio neurológico determinado por fatores genéticos *e avançam com a identificação de genes candidatos envolvidos na regulação do sistema dopaminérgico que por sua vez enerva os circuitos frontoestriados, aumentando a suscetibilidade para uma PHDA* (Melo, A. R., 2003, cit. in Lourenço, 2009, p. 29). *Foram já reconhecidos dois genes, envolvidos na recepção e no transporte da dopamina. O primeiro (D4RD) parece estar relacionado com uma dimensão da personalidade relacionada com a procura de novidades. O segundo gene (DAT1) está implicado no mecanismo da dopamina no cérebro, ao nível das regiões de comunicação entre os neurónios (sinapses), que neste caso parece ter a ver com a velocidade com que a dopamina é removida da sinapse. Esta alteração resulta num processo defeituoso da dopamina* (Baptista, 2010, p. 35).

Contudo, a investigação nesta área é recente, pelo que se supõe que tenha ainda um percurso desenvolvimental a percorrer.

6.3. Fatores Neurológicos e Neuropsicológicos

Vários estudos evidenciam uma associação entre lesão cerebral e défices de atenção e hiperactividade (O'Dougherty et al., 1984, cit. in Lopes, 1998, p.24).

Contudo, muitos dos especialistas nesta área, afirmam não existirem efeitos específicos da lesão sobre o comportamento da criança, dependendo do local onde o dano cerebral está localizado. Assim, embora se admita que as alterações na estrutura do cérebro originam efeitos psicológicos, estes não são específicos (García, 2001), não havendo ainda um consenso generalizado a este respeito.

Atualmente, afirma-se que as lesões do cérebro exercem a sua influência mediante uma maior vulnerabilidade da criança aos problemas psicológicos, isto significa pois, que as lesões físicas do cérebro não são necessariamente causas de comportamentos hiperativos e, pelo contrário, a manifestação de condutas tais como a atividade motora excessiva, a impulsividade e a falta de atenção, não são condições determinantes que a criança tenha sofrido alguma alteração cerebral.

No entanto, noutros estudos da área, foram detetadas alterações em determinadas regiões do cérebro de crianças com PHDA. Essas regiões (corpo caloso, várias estruturas nos

gânglios da base e cerebelo) tendiam a ser significativamente menores, quando comparadas com crianças sem a perturbação (Barkley, 2002). Ainda, outros estudos realizados ao nível da neuroimagem, revelam que as regiões frontais do cérebro de indivíduos com PHDA tendiam a apresentar-se como subdesenvolvidas ou sub-activadas, isto é, apresentavam um menor fluxo sanguíneo e metabolismo nestas zonas, que se traduzia num comprometimento do funcionamento cognitivo normal (e.g., Sowell *et al.*, 2003, cit. por Arnsten, 2007; Yeo *et al.*, 2000, cit. por Arnsten, 2007, Vera *et al.*, 2007, cit. in Júlio, 2009; Sowell, *et al.*, 2003, cit. por Brown & Perrin, 2007, cit. in Santos, 2011).

De acordo com Lopes (2009, p. 16), diferentes estudos realizados tendo por base técnicas de imagiologia funcional, têm demonstrado objetivamente algumas diferenças na estrutura cerebral de indivíduos diagnosticados com PHDA. *As diferenças envolvem geralmente o lobo frontal* (Fernandes, 2001; Bará-Jiménez, Vicuña & Pineda, 2003), *os gânglios basais e o corpo caloso* (Boavida, 2006; Boavida, Porfírio, Nogueira & Borges, 1998; Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos & Acosta, 2004; Pinho, Mendes & Pereira, 2007) *e ainda a diminuição do volume cerebral global* (Barkley, 2002; Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos e Acosta, 2004). *Também são referidas alterações nas regiões pré-frontais, no cingulum* (Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006) *e no cerebelo* (e.g., Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos e Acosta, 2004; Mulas, 2004).

Ainda outros estudos, demonstram que *é observável, também, uma diminuição do tamanho de certas estruturas e regiões cerebrais, e a diminuição global de, aproximadamente, 5% do volume cerebral* (Barkley, 1998, cit. in Fernandes, 2007, p. 26).

Por sua vez, *outra linha de estudos incide sobre a medição da atividade cerebral em crianças com PHDA, comparativamente a crianças sem PHDA. Estes estudos revelam, a existência de atividade cerebral mais baixa na área frontal do cérebro, visível ao nível da atividade elétrica e do fluxo sanguíneo* (Baptista, 2010, p. 33).

Existe, também, outra direção da investigação sobre a etiologia desta perturbação que se dedica a identificar a possível influência de alterações bioquímicas no surgimento destes problemas. Sergeant *et al.* (1999, cit. por Nigg *et al.*, 2005, cit. in Santos, 2011, p. 11) *mencionam a importância de se ter em conta os níveis de estimulação cortical do sistema neuronal noradrenérgico localizado no hemisfério direito e os níveis de esforço coordenados pelo sistema dopaminérgico do hemisfério esquerdo.*

A dopamina e a norepinefrina são as duas monoaminas mais claramente relacionadas com a PHDA (e.g., Ramos, 1991, cit. in García, 2001; Benczik, 2008). *A Dopamina, controla os nossos impulsos, antecipa as consequências dos nossos atos, determina o que é mais*

importante e porque ordem devemos realizar as nossas tarefas (Antunes, 2009, p. 150). Os sujeitos com esta perturbação têm níveis, normalmente, baixos de Dopamina, nos circuitos responsáveis pelas funções executivas, daí que apresentem dificuldades em focalizar por tempo prolongado uma tarefa, em organizar o tempo e atividades e em controlar os impulsos.

De uma forma geral, é cada vez mais aceite entre a comunidade científica que a PHDA é determinada sobretudo por fatores relacionados com o próprio indivíduo mais do que com o meio em que ele está inserido (Lopes, 2004, cit. in Júlio, 2009, p. 13).

Porém, esta é também, uma área em desenvolvimento, que constitui na atualidade um desafio para a investigação, no sentido de perceber quais as diferenças efetivamente existentes nas áreas do cérebro destes indivíduos.

6.4. Fatores Familiares

Segundo os dados de diferentes trabalhos, o nível socioeconómico, a situação da família e as características do trabalho ou da ocupação profissional dos pais relacionam-se com os problemas de conduta observados nas crianças e nos adolescentes (García, 2001, p. 35), porém mais do que serem responsáveis pela etiologia da PHDA, as características associadas ao contexto familiar parecem ser uma variável preditiva da mesma. *No entanto, continua a ser comum referir o estilo educativo e aspetos relacionados com a interação familiar como estando na origem desta perturbação* (Júlio, 2009, p. 16).

Por outro lado, também é defendida a tese de uma *predisposição familiar para este problema, já que 20 a 35% das crianças com PHDA costumam apresentar um historial familiar de dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento* (Vásquez, 1993, p. 165).

Estudos sobre as interações familiares de crianças com PHDA, revelam que os pais são mais autoritários e negativos do que os pais de crianças normais (Barkley *et al.*, 1985, cit. in Lopes, 1998) e por sua vez, que as crianças hiperativas são menos obedientes e mais negativas do que as crianças sem a perturbação.

Deste modo, ao procurar explicar o sentido desta influência, os especialistas concordam em assinalar que os fatores determinantes não são, provavelmente, as condições sociais em si mesmas, mas, sim, os seus efeitos psicológicos sobre a família, as atitudes e os modelos educativos que os pais adotam. Assim, torna-se difícil concluir se são os pais que

causam os problemas da criança ou se são as crianças que originam as reações negativas dos pais.

6.5. Fatores Ambientais e Outros Fatores

Têm, também, sido indicados como causa da PHDA, certos aditivos alimentares (salicilatos, corantes e conservantes), o açúcar refinado e o chumbo.

Barkley (2002, p. 87) refere-se a um estudo de 1976 em que cerca de 36% de crianças com elevados níveis de chumbo no organismo foram classificadas pelos seus professores como “desatentas, distraídas, impulsivas e hiperativas”, porém, nunca foi evidente que esta substância origine a PHDA ou mesmo que agrave os seus sintomas.

A ideia de que a ingestão de determinados produtos e aditivos alimentares provocam PHDA foi construída sobretudo nos anos 70 e 80. No entanto, estudos realizados por Kavale e Forness (1983, cit. in Júlio, 2009, p. 17) conseguiram contrariar a ideia de que a privação de determinados alimentos tivesse algum tipo de eficácia no tratamento desta perturbação.

Outra causa que se pode também considerar como fator determinante da PHDA, é a privação de sono, dado que a capacidade de atenção e concentração variam com o cansaço e fatores de ordem emocional. Neves e Reimão (2007, cit. in Lopes, 2009, p. 30) realizaram um estudo com 50 crianças e adolescentes, com idades entre os 4 e os 17 anos, diagnosticados com PHDA, tendo encontrado ligações significativas entre as duas variáveis. Os autores concluíram que as alterações do sono são relevantes em sujeitos com PHDA e podem estar associadas ao aumento de sintomas.

Também, o excesso de televisão tem sido outras das causas que aparece, frequentemente, associada a esta perturbação desenvolvimental. Desses estudos, evidencia-se o estudo levado a cabo por Christakis et al., em 2004, que avaliou 1278 crianças de 1 ano de idade e 1345 crianças de 3 anos de idade. Os resultados apurados indicam um risco agravado de virem a apresentar problemas de atenção aos 7 anos, na ordem dos 10%, para as crianças que veem pelo menos uma hora de televisão por dia. Contudo, o mesmo estudo não encontrou associação entre o visionamento de televisão e um potencial diagnóstico de PHDA (Christakis, Zimmerman, DiGiuseppe, & McCarty, 2004, cit. in Baptista, 2010, p. 38).

7. Prevalência

Considera-se que aproximadamente entre 3% a 5% (e.g., Barkley, 1982; Gutiérrez-Moyano e Becoña, 1989; Serrano, 1990, *cit. in* García, 2001; Parker, 2003; Benczik, 2008; Díaz *et al.*, 2009; Costa *et al.*, 2010; Selikowitz, 2010) das crianças em idade escolar sejam afetadas pela PHDA. Whalen e Henker (1991, *cit. in* García, 2001) situam a taxa de prevalência em populações normais até aos 15% e em amostras clínicas, em cerca de 50%. De salientar que *descobertas recentes sugerem que até 36% da PHDA na infância persiste na idade adulta* (Kessler *et al.*, 2006, *cit. in* Merwood & Asherson, 2011, p. 33).

Porém, as taxas de prevalência variam de um mínimo de 2% no Japão (Kanbayashi, *et al.*, 1994, *cit. in* Fernandes, 2007, p. 30), 6% em Espanha (Díaz *et al.*, 2009), 3 a 7% nos EUA (Barkley, 2002), 17,1% no Brasil (Vasconcelos, *et al.*, 2003, *cit. in* Fernandes, 2007, p. 30), 20% na Itália (O' Leary, *et al.*, 1985, *cit. in* Fernandes, 2007, p. 30) e atingem um máximo de 29% na Índia (Bhata e Malik, 1991, *cit. in* Fernandes, 2007, p. 30). Esta disparidade de valores (2% a 29%) pode dever-se a diferenças nos critérios de diagnóstico usados e/ou à variação nos critérios de seleção da amostra.

Em relação às taxas de prevalência da PHDA em Portugal, salienta-se o estudo realizado em 1996 por Fonseca *et al.*, no qual os dados foram recolhidos através da Escala Revista de Connors para Professores. *Nesse estudo verificou-se que as médias obtidas utilizando esta escala são geralmente mais elevadas em Portugal do que em estudos semelhantes com amostras americanas* (Júlio, 2009, p. 41). *Pelo que se estima que existam cerca de 35 a 50 mil crianças com esta perturbação* (Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva, 2009).

Alguns autores (Fonseca, 1998; Sharkey & Fitzgerald, 2007, *cit. in* Júlio, 2009, p.19) afirmam que, *esta disparidade assenta sobretudo em dificuldades ao nível metodológico, ao nível da definição dos critérios de diagnóstico e das características dos instrumentos e fontes de informação utilizados, bem como em função da idade e sexo dos constituintes da amostra*. Weisz e Eastman (1995) *sugerem no seu artigo que a prevalência de uma determinada psicopatologia na infância depende sobretudo de dois fatores: do comportamento da criança, e das “lentes” através das quais os diferentes observadores “filtram” esse mesmo comportamento* (Júlio, 2009, p. 19).

Por tudo isto, a incidência real da perturbação é difícil de determinar, pois na sua estimativa influem vários fatores, como o conceito e definição da PHDA admitido pelos especialistas, os critérios diagnósticos utilizados e a fonte de informação consultada (pais,

professores, médicos). A título de exemplo, na pesquisa efetuada por Lambert *et al.* (1978, *cit. in* García, 2001), os resultados sobre a incidência da perturbação em crianças com menos de 12 anos variam entre 1,2% e 13%, aproximadamente, consoante a informação era fornecida por pais, médicos ou professores.

Um outro aspeto de interesse consiste em estabelecer de que forma influencia o sexo na presença desta perturbação. A este respeito, os dados são também discrepantes, embora exista consenso quanto à perturbação ser mais frequente nos rapazes do que nas raparigas (e.g., Vásquez, 1993; Parker, 2003; Barbosa *et al.*, 2005; Lourenço, 2009; Selikowitz, 2010), *independentemente do método de recolha da informação ou dos instrumentos utilizados, sendo que a proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos a nível populacional e 9:1 em estudos realizados em contexto clínico* (Blázquez-Almería, Joseph-Munné & Burón-Masó, 2005; Fernandes, 2001; Poeta & Neto, 2004, *cit. in* Lopes, 2009, p. 22), outras estimativas situam a taxa de prevalência em 5:1 (Ross e Ross, 1982, *cit. in* García, 2001). Estas diferenças de valores podem estar relacionadas com fatores culturais ou físicos, ou novamente com os critérios de diagnóstico utilizados.

Para além das diferenças quantitativas, vários autores referem que nos rapazes os comportamentos impulsivos, a atividade excessiva e a falta de atenção permanecem durante mais tempo, mantêm-se constantes ao longo dos contínuos percursos académicos e aumentam com o incremento das exigências escolares, por outro lado, a literatura refere também, que estas diferenças podem ter origem no diagnóstico da perturbação, dado que as raparigas apresentam normalmente PHDA do tipo predominantemente desatento, que em contexto escolar não é tão facilmente percebido, quando comparado com o tipo hiperativo-impulsivo.

Depois do referido, conclui-se que *a PHDA é um distúrbio real, não pode ser considerado um mito até porque existem claras evidências da sua presença na população infantil em diferentes países. Contudo, é necessário refinar os métodos diagnósticos e obter mais informações sobre as evidências do papel genético e dos fatores neurobiológicos* (Peña & Montiel-Nava, 2003, *cit. in* Lopes, 2009, p. 22).

Considera-se, de tudo o que até aqui foi dito, uma necessidade urgente de chegar a um consenso no desenvolvimento de procedimentos de avaliação uniformes e estandardizados, com o objetivo de aplicar metodologias comuns ao diagnóstico.

8. Problemas Associados e Comorbilidade

Segundo a Classificação das Perturbações Mentais e do Comportamento proposta pela Organização Mundial da Saúde (CIE-10), a PHDA é acompanhada de outros problemas menos específicos (García, 2001, p. 14).

Uma criança com PHDA pode revelar mais do que um sintoma de comorbilidade (Selikowitz, 2010, p. 31). A pesquisa indica que mais de 90% das crianças e 92% dos adultos com PHDA apresentam uma ou mais comorbidades associadas (Busch et al., 2002;.. Wilens et al., 2009, cit. in Merwood & Asherson, 2011, p. 36). Outros dados indicam que, menos de um terço das crianças com esta perturbação, a tem em “estado puro”, ou seja, sem outras perturbações associadas.

Lopes (2009, p. 25) cita vários estudos relativos a esta problemática. De salientar a pesquisa feita por Fernandes (2001), a qual “faz referência a várias situações de comorbilidade destacando: as perturbações de aprendizagem, a perturbação de oposição, a perturbação do comportamento, a perturbação do humor/ansiedade, a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, a perturbação de asperger e as perturbações de tiques. De acordo com o mesmo autor, a frequência das condições coexistentes é a seguinte: perturbações das aquisições académicas (20-30%); perturbações psiquiátricas (50-65%); perturbação depressiva (9-38%); perturbação da ansiedade (25%); comportamento antissocial e perturbações da conduta (25%). Bromberg (2006) refere que as comorbilidades que mais frequentemente acompanham a PHDA são: o distúrbio de oposição (60%), as dificuldades de aprendizagem (40%), os problemas de conduta (30-40%), depressão (40-50%), ansiedade (25%), perturbação bipolar (25%) e síndrome de Tourette (50% dos que possuem este diagnóstico, também têm PHDA). Ainda noutro estudo, realizado por Souza, Serra, Mattos e Franco (2001), com trinta e quatro crianças e adolescentes (com idades entre os 6 e os 16 anos), identificados com PHDA, os autores constataram uma enorme percentagem de comorbilidades (85,7%), sendo as mais comuns: o distúrbio de conduta (39,2%) e o distúrbio de oposição/desafio (20,6%).”

Conclui-se, assim, através destes estudos, que as crianças com PHDA apresentam problemas médicos, desenvolvimentais, comportamentais, emocionais e escolares, com uma intensidade superior ao esperado nas crianças normais. Porém estes problemas não servem de diagnóstico da perturbação quando presentes, nem o impossibilitam quando ausentes.

Refere-se agora, de uma forma mais explícita, cada um dos problemas associados à PHDA de acordo com diferentes perspetivas.

Estas crianças têm habitualmente propensão para sofrer acidentes devido à escassa consciência do risco que demonstram em situações de perigo. Apresentam, também, problemas de disciplina, por incumprimento ou por excederem o limite das normas estabelecidas.

De acordo com Selikowitz (2010), aproximadamente um quarto das crianças com PHDA expressa sérias dificuldades em cumprir regras e normas adaptadas à sua idade (perturbação de oposição).

A sua relação com os adultos caracteriza-se pela desinibição comportamental e, por este motivo, costumam ter problemas de relacionamento social. Outra característica associada à PHDA é o distúrbio de conduta, este *distingue-se do comportamento oposicional pelo facto de o problema suscitar um maior grau de desaprovação social e de a criança, muitas vezes, não cumprir a lei* (Selikowitz, 2010, p.78).

Para além disso, mostram por vezes sinais de défices cognitivos e atrasos em aptidões motoras e da linguagem, assim como tendem a ter menos competências quanto a estratégias de resolução de problemas e capacidades de organização.

É também bastante comum a associação da PHDA com distúrbios emocionais. De facto, as crianças com PHDA revelam mais sintomas de ansiedade, depressão e baixa autoestima, do que as crianças normais (Bohline, 1985, cit. in Lopes, 1998, p. 23), o distúrbio obsessivo-compulsivo e a doença bipolar são também significativamente mais comuns nestas crianças.

A Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (APCH, 2009) aponta para o facto de existirem indicadores de baixa autoestima, desorganização, desânimo e mau humor, associados à PHDA particularmente nos sujeitos de sexo feminino.

O estudo realizado pelo *Instituto Nacional de Salut Mental* e publicado no *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1999, cit. in Lopes, 2009, p. 27) confirma o que foi dito pela APCH. Este estudo *contemplou 140 raparigas, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, diagnosticadas com PHDA e um grupo com 122 raparigas, com idades similares, mas sem diagnóstico de PHDA. As principais conclusões foram as seguintes: as raparigas com PHDA apresentam maior frequência de problemas associados (comorbilidade), aproximadamente 45%, quando comparadas com as raparigas sem PHDA.*

Apesar da taxa de comorbilidade se apresentar elevada nas raparigas, de acordo com as referências bibliográficas, nos rapazes será certamente o dobro, pois como também já foi referido, há uma maior incidência de comportamentos disruptivos nos rapazes.

Para além disso, *a PHDA está associada a insucesso escolar, acidentes, depressão, uso de substâncias ilegais e muito sofrimento* (Antunes, 2009, p. 162).

São, de facto, muitos os problemas associados a esta perturbação e as suas consequências preocupantes ao longo do percurso de vida destes indivíduos. O contexto escolar é talvez aquele onde estes problemas são mais visíveis e sentidos e, por isso, onde os professores têm um papel fundamental em termos de intervenção. Assim, considera-se fundamental referir nos pontos seguintes quais as consequências desta perturbação no sucesso escolar, e qual a perceção que os professores têm sobre as crianças/adolescentes com PHDA.

9. Consequências da PHDA no Sucesso Escolar

É frequentemente assumido, em muitos estudos, que as crianças com PHDA têm desempenhos inferiores às crianças normais e aos seus próprios irmãos (e.g., Bohline, 1985; Felton & Wood, 1989, *cit. in* Lopes, 1996).

De facto, a maior parte das crianças com esta perturbação revela dificuldades ao nível da leitura, ortografia e matemática (e.g., Parker, 2003; Selikowitz, 2010).

Cerca de 25% das crianças com PHDA demonstram Dificuldades de Aprendizagem (DA) (Parker, 2003), evidenciadas com a entrada para o 1º ciclo do ensino básico. *De um modo geral, as crianças com PHDA em classe regular apresentam situações de insucesso escolar, duas ou três vezes superior a crianças sem PHDA* (Rubinstein, R.A. e Brown, R.T., 1980, *cit. por* Zentall, S. 1993, *cit. in* Lourenço, 2009, p. 60) e *não terminam a escolaridade obrigatória com uma percentagem cerca de três vezes superior a crianças sem problemas* (Weiss, G. E. Hetchman, L.T., 1986, *cit. por* Zentall, S. 1993, *cit. in* Lourenço, 2009, p. 60).

Cantwell e Baker (1992, *cit. in* Lopes, 1998), numa revisão de vários estudos, afirmam igualmente que as DA aparecem com grande probabilidade associadas à PHDA.

Na perspetiva de Lopes (2004, p. 93), *as crianças com DA poderão apresentar quocientes de inteligência inferiores, pelo facto de haver falta de controlo da comorbilidade entre PHDA e as DA, o que leva a que se conjecture que as crianças com PHDA têm desempenhos intelectuais inferiores à média.*

Uma criança com esta perturbação apresenta maior dificuldade em atingir o seu potencial de aprendizagem. Pois, tal como referido anteriormente, *tem muitas vezes outras disfunções que multiplicam as suas dificuldades, levando a que pelo menos 90% tenham resultados escolares inferiores ao que se poderia prever, dada a sua inteligência* (Antunes, 2009, p. 163).

Estes obstáculos decorrem, na sua maioria, dos problemas de atenção, impulsividade e, sobretudo, da hiperatividade, que é bastante punida em contexto de sala de aula.

Existe, de facto, um acordo generalizado quando se trata de descrever o comportamento das crianças hiperativas. A descrição mais comum indica que a conduta destas crianças é caótica, inquieta, não focalizada em objetivos ou finalidades e com falta de persistência.

Portanto, trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, que não prestam atenção na sala de aula, que mudam continuamente de tarefa e apresentam uma atividade permanente e incontrolada, sem se dirigir a um determinado objetivo ou fim (García, 2001, p. 12).

Estas crianças dificilmente conseguem ficar quietas e sentadas, costumam responder precipitadamente, não são capazes de esperar pela sua vez nas atividades conjuntas e interrompem as tarefas ou atividades dos colegas. Consequentemente, apresentam, também, dificuldades na interação com os pares e, para além disso, têm problemas no ajustamento do seu comportamento às normas ou às regras dos mesmos.

As atitudes hiperativas constituem, portanto, já nesta idade da escolaridade primária, uma verdadeira limitação no plano dos estudos e da integração social (Rigon, 2010, p. 57).

Para além disso, o comportamento das crianças com PHDA frequentemente tende a agravar-se em contextos em que o número de comportamentos aceitáveis é mais restrito, ou seja, em contextos nos quais se espera que a criança fique sentada, calada e quieta. Este é precisamente o caso das escolas. A escola exige ao aluno, para além de um comportamento exemplar, comportamentos eficazes do ponto de vista académico. Deste modo, as crianças com PHDA, quer porque manifestam problemas de comportamento, quer porque apresentam, normalmente, problemas de aprendizagem associados, têm uma maior probabilidade de entrar em conflito com o ambiente escolar (Edelbrock *et al.*, 1984; DuPaul & Stoner, 1994, *cit. in* Lopes, 1996).

Outra perspetiva defende que, défices de atenção significativos, associados ou não à hiperatividade, com frequência comprometem o rendimento escolar, já que a atenção seletiva a estímulos relevantes é condição necessária para a ocorrência das aprendizagens em geral e em especial as escolares (Jorge, 2007, p. 52).

Contudo, o problema, segundo Barkley (1990, cit. in Jorge, 2007, p. 52), parece não ser uma questão de distração, mas de falta de persistência ou esforço nas tarefas que despertem pouca atração ou cujos efeitos imediatos relativos ao término da tarefa não são aliciantes.

Em geral, as crianças que apresentam esta perturbação são reconhecidas como tendo sub-realização escolar e são também referenciadas para educação especial em maior número que os seus pares (Barkley, 1990; Biederman *et al.*, 1991; Abikoff *et al.*, 1977, *cit. in* Lopes, 1996). *Nos EUA, entre 30 a 40% das crianças com PHDA, são colocadas num ou mais programas de educação especial; 56% requerem a ajuda de um tutor; aproximadamente 30% ficam retidas em pelo menos um ano de escolaridade; 46% podem vir a ser suspensas da escola; e entre 10 a 30% abandonam a escola ou não concluem o ensino secundário (Baptista, 2010, p. 46).*

A ligação destes fatores concorre para que estas crianças apresentem taxas de retenção muito superiores às das crianças normais, sendo que, de acordo com os resultados de outros

estudos, mais de 80% apresentam problemas de aprendizagem e/ou de realização escolar (Cantwell & Baker, 1992; Frick *et al.*, 1991; Lambert & Sandoval, 1980, *cit. in* Lopes, 1996).

Estes dados tornam inevitável a associação entre a PHDA e os problemas de aprendizagem escolar e apontam para a forte probabilidade destas crianças apresentarem, ou virem a apresentar, problemas a este nível.

Weiss e Hechtman (1993, *cit. in* Lopes, 2004) apresentam um esquema deste ciclo que ilustra bem o quanto é difícil a estas crianças, aos pais, professores, etc., alterarem esta situação.

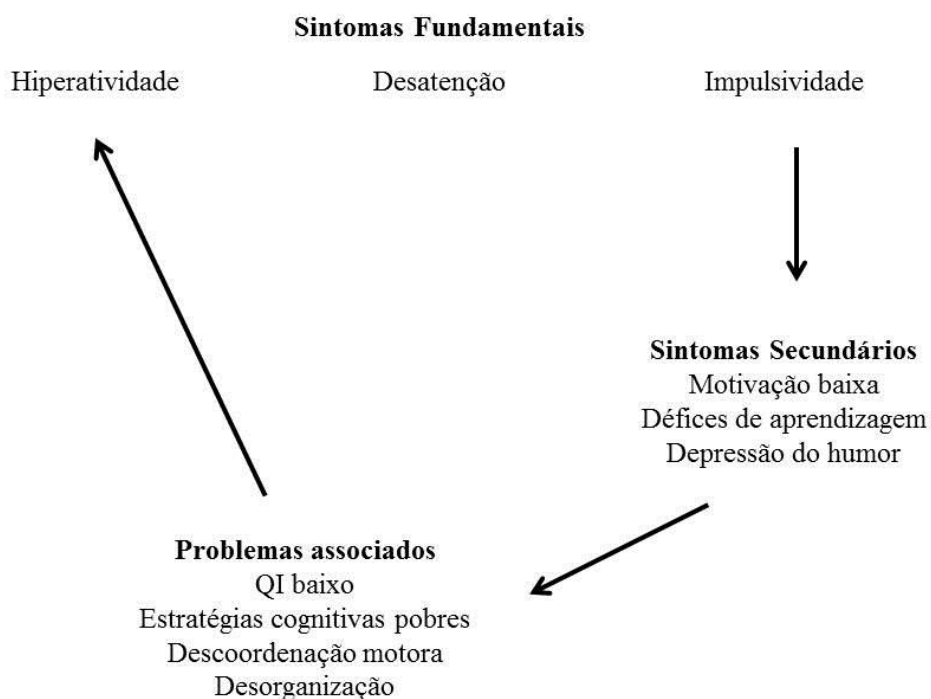


Figura 1 - Ciclo vicioso dos problemas escolares de crianças hiperativas (adaptado de Weiss e Hechtman, 1993, *cit. in* Lopes, 2004, p. 112).

10. Percepções e Atitudes dos Professores

Os professores são frequentemente os primeiros a fazer referências para a avaliação da PHDA (Frankenberger, Lozar, & Dallas, 1990; Lloyd, Kauffman, Landrum, & Roe, 1991 cit. por Sciutto *et al.*, 2000, cit. in Lourenço, 2009, p. 71) e essas referências são normalmente utilizadas como preditivas dos sintomas que a criança/adolescente apresenta. Por isso mesmo, os professores e a sua percepção sobre esta problemática são um elemento fundamental no diagnóstico e avaliação de crianças com PHDA.

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

Dada a realidade escolar e as dificuldades que quer os professores que lecionam a alunos com PHDA, quer os próprios alunos com a perturbação enfrentam, considerar esta questão torna-se essencial, na medida em que existem evidências científicas que encontram relação entre essa mesma percepção e a atitude que os professores manifestam quando trabalham com crianças/adolescentes com esta perturbação.

De facto, de acordo com Fonseca *et al.* (1998, cit. in Baptista, 2010) a investigação nesta área revela-se de extrema importância, na medida em que clarifica a percepção que os professores têm sobre a PHDA e por esta via poderá contribuir para uma intervenção mais ajustada junto de alunos com a perturbação. Neste sentido, dos estudos realizados, conclui-se que, há muitas vezes, um desfasamento entre a realidade e as percepções que os professores têm sobre os problemas de comportamento das crianças/adolescentes, tanto no que diz respeito à sua natureza e gravidade, como às estratégias de intervenção mais adequadas.

Frequentemente as crianças e os adolescentes com PHDA, e tal como já explicitado em pontos anteriores, têm dificuldades acrescidas em submeterem-se a regras definidas ou em manter a atenção e motivação nas atividades de sala de aula. Estas dificuldades traduzem os défices significativos nos “processos executivos”, ou seja, na capacidade de organizar e monitorizar o pensamento e o comportamento. Daí que os professores descrevam estes alunos como apresentando dificuldades na realização de tarefas prolongadas, na organização do material escolar e no planeamento do estudo.

Para além disso, os comportamentos hiperativos ou impulsivos, associados muitas vezes ao défice de atenção, levam a situações frustrantes, quer para o docente, quer para a

criança/adolescente, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos recíprocos de aversão ou mesmo de adversidade. Em turmas com bastantes alunos não será tarefa fácil, lidar com os alunos também com PHDA, por isso surgem muitas vezes os sentimentos de frustração.

De facto, lecionar em turmas com crianças que apresentam PHDA requer um cuidado especial, pois nem sempre é fácil captar a atenção destas. Perseverança, disponibilidade, flexibilidade e formação específica, são componentes cruciais para uma boa relação professor - aluno.

Contudo, *a literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, tendo sido esta, identificada como um dos maiores obstáculos para responder às necessidades de crianças com PHDA* (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al. 2000, cit. in Lourenço, 2009, p. 18). Também outros autores afirmam que *a falta de conhecimento da natureza, causas e evolução desta perturbação, condicionam a intervenção do professor, que em muitos casos se baseia em mitos e crenças acerca da mesma* (Pfiffer& Barkley, 1999, cit. in Sciutto et al., 2000, cit. in Baptista, 2010, p. 70).

Considera-se assim que, *a formação dos docentes, ou a aquisição de conhecimentos específicos, sobre a PHDA é uma condição necessária para proporcionarmos respostas adequadas às necessidades destas crianças* (Fernandes, 2007, p. 44).

Dar aulas numa turma que, por si só, já apresenta características específicas, juntamente com alunos com PHDA, requer um compromisso extra por parte do professor. Este deve ser capaz de definir estratégias e adequar as práticas pedagógicas, de forma a minimizar as dificuldades sentidas por estes alunos na sala de aula. As estratégias devem ser definidas através da coordenação de esforços com os pais, os professores e os psicólogos escolares. Só assim será possível promover a ativação do desenvolvimento psicológico dessas crianças.

Considerando a perspetiva de Fernandes (2007) o docente deve trabalhar com a criança a um nível pessoal, manifestando flexibilidade, tempo e energia, para que desta forma consiga um relacionamento promissor entre o professor e o aluno. Por isso, considera-se que a aquisição de conhecimentos sobre a problemática seja essencial, estes profissionais devem estar conscientes das características comportamentais associadas à PHDA, e que estas crianças/adolescentes não as manifestam de uma forma deliberada. Esta consciencialização vai certamente possibilitar uma intervenção mais adequada sobre os comportamentos indesejáveis ou perturbadores em contexto escolar.

Esta concepção é, também, corroborada por Malouf & Schiller (1995, *cit. in* Baptista, 2010), que afirmam que as percepções e crenças sobre a PHDA influenciam a interpretação da realidade, podendo igualmente influenciar atitudes e comportamentos interventivos.

Considerando tudo o que foi referido, pretende-se com este estudo investigar a percepção dos professores sobre a PHDA pois este estudo poderá simplificar a compreensão da natureza dos comportamentos das crianças e dos adolescentes observados e entender quais os sistemas de apoio que lhes poderão vir a ser prestados. Apresenta-se de seguida alguns dos estudos já realizados neste âmbito, com o propósito de situar o estado da arte.

10.1. Estudos sobre a Percepção dos Professores face à PHDA

Ao longo das duas últimas décadas, surgiram diversos estudos que têm por base o objetivo de esclarecer quais as percepções e conhecimentos dos professores sobre esta temática e estudar qual a sua importância na atitude que os professores têm face às crianças com PHDA.

Considera-se que o conhecimento das percepções dos professores é o primeiro passo para uma intervenção eficaz ao nível escolar. Neste sentido, acha-se pertinente apresentar alguns dos estudos realizados em vários países que abordam este objeto de estudo.

Em Nova Iorque, Sciutto, Terjesen e Frank (2000, *cit. in* Baptista, 2010) realizaram um estudo que compreendeu uma amostra de 149 professores do 1º ciclo do ensino básico, sendo que os investigadores incluíram na sua amostra os professores de educação especial. Este estudo teve como objetivo estabelecer relação entre os mitos ou crenças que os professores têm sobre a PHDA e o seu efetivo conhecimento sobre a perturbação. Para isso, partiram da aplicação de três questionários: um para a avaliação dos conhecimentos específicos sobre a PHDA e construído para o efeito (*KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*); outro para a recolha de dados demográficos e um terceiro para avaliar a percepção dos professores acerca da sua própria autoeficácia. Importa referir, também, que os autores salientam a importância deste estudo, uma vez que, as crenças que estes possam ter relativamente à problemática influenciam a sua atitude no sentido de uma intervenção mais ou menos adequada. Da análise dos resultados obtidos, conclui-se que o nível de conhecimento dos professores estaria positivamente relacionado com a percepção de autoeficácia, com a experiência anterior com alunos com PHDA e com os anos de experiência de lecionação.

Considera-se, através da análise dos resultados, a importância do conhecimento sobre a PHDA. Verifica-se, também, que um professor com experiência anterior com alunos com a perturbação apresenta maior conhecimento sobre a mesma, o que significa que a interação com estas crianças/adolescentes em contexto de sala de aula leva o professor a tomar contacto com a informação relevante sobre a perturbação.

Merece igualmente referência um estudo realizado por Ghanizadeh *et al.* (2006 *cit. in* Baptista, 2010) no Irão. Neste estudo participaram 196 professores do 1º ciclo do ensino básico pertencentes a quatro áreas escolares da província de Shiraz. Os autores referem que a descoberta mais surpreendente deste estudo depreende-se com o facto de os professores possuírem um baixo nível de conhecimento acerca da PHDA e atitudes pouco tolerantes face a alunos com esta perturbação.

Também no Brasil, em São Paulo, Gomes *et al.* (2007) realizaram um estudo com 2117 indivíduos: 500 educadores, 405 médicos (128 clínicos gerais, 45 neurologistas, 30 neuropediatras, 72 pediatras, 130 psiquiatras) e 100 psicólogos. Dos resultados obtidos, pode-se afirmar, através do artigo escrito pelos investigadores, que mais de 50% dos inquiridos acreditavam que medicação para PHDA causa dependência, que esta perturbação resulta de pais ausentes, e que o desporto é o tratamento mais viável nesta problemática. Tal como se tem demonstrado pelos estudos anteriormente apresentados, também este aponta para um nível de conhecimento sobre a PHDA desfasado das evidências científicas, o que, segundo os autores, é preocupante porque pode contribuir para diagnósticos e tratamentos inadequados.

Pelas referências anteriores, constata-se que o estudo das perceções dos professores sobre a PHDA está amplamente documentado em várias regiões do mundo, tornando-se agora essencial compreender a realidade portuguesa a esse nível.

Também Fonseca *et al.* (Fonseca, Simões, & Rebelo, 1998, *cit. in* Baptista, 2010) realizaram um estudo cujo o objetivo seria investigar as perceções que os adultos portugueses têm sobre a PHDA. A amostra deste estudo compreendeu 487 adultos, na sua maioria estudantes universitários, que frequentavam cursos de ciências sociais e humanas e de ciências médicas (psicólogos, médicos, enfermeiros, educadores de infância, entre outros) e com uma grande probabilidade de virem a trabalhar com crianças/adolescentes com PHDA, de várias instituições da região centro do país. Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos adultos interrogados manifesta um conhecimento, sobre a perturbação, desfasado da literatura científica. Atribuem maior importância aos sintomas de desatenção e hiperatividade, considerando a PHDA como um problema grave ou muito grave. No que diz respeito à etiologia, surgem referências ao contexto familiar (29,4%) e com uma percentagem

mais baixa, surgem, as causas genéticas (4%) e neurológicas (0,4%). Numa outra questão relativa ao encaminhamento para outros especialistas, 69,3% indica o psicólogo como sendo o profissional indicado para tratar estas situações, 22,6% prefere as equipas de diversos especialistas (incluindo o psicólogo). Por sua vez, verifica-se ainda, que esta amostra valoriza uma intervenção educacional, sendo descurada a intervenção médica e farmacológica. Os autores salientam ainda, no que se refere à intervenção na PHDA, o facto das duas estratégias mais frequentemente seleccionadas parecerem contraditórias. Uma delas recomenda uma educação centrada na tolerância (“Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da autoestima da criança” - 32,2%), enquanto a outra, tem por base a firmeza (“Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão” 19,5%).

Através deste estudo, reafirma-se a importância da formação ou aquisição de conhecimentos específicos sobre a PHDA, quer nos cursos de ensino superior, quer através de formações, como palestras ou seminários, de modo a que estas crianças e adolescentes venham a ser identificadas corretamente e encaminhadas para serviços especializados, uma vez que este encaminhamento depende da sensibilidade e do conhecimento dos adultos responsáveis pela sua educação. Os resultados são preocupantes uma vez que os inquiridos, na sua maioria estudantes universitários, frequentavam cursos com uma forte probabilidade de virem a lidar com crianças com PHDA durante o seu percurso profissional.

Um outro estudo, que teve por base a avaliação da perceção dos professores sobre a PHDA, e que merece destaque, foi realizado por Lourenço (2009). Neste estudo participaram 110 professores de um Agrupamento de escolas de Almada, entre eles docentes do apoio, pré-escolar e 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico. Dos resultados obtidos, através de um questionário, a autora salienta que, de um modo geral, os professores apresentam alguns conhecimentos sobre a PHDA, exceto em aspetos relacionados com a intervenção farmacológica, sendo que esta forma de intervenção foi assinalada em último lugar pelos inquiridos, como aquela que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA. Para além deste aspeto, não demonstraram muitos conhecimentos sobre as atitudes que devem tomar quando têm na sala de aula um aluno com PHDA (Lourenço, 2009).

No mesmo ano, surge outro estudo, realizado em Leiria por Júlio (2009), que compreendeu uma amostra de 110 técnicos, cujo objetivo foi analisar as perceções dos mesmos sobre a PHDA. Da amostra faziam parte 85 professores do ensino regular, 10 professores de educação especial, 8 psicólogos e 7 outros técnicos. Pela análise dos resultados obtidos, salienta-se que 79,9% dos indivíduos referem já terem contactado com esta

problemática “algumas vezes”. Numa análise mais detalhada, verifica-se que os indivíduos com mais experiência profissional mencionam também uma maior frequência de contacto com a problemática. Para além disso, 53,6% consideram a PHDA uma perturbação “muito grave”, sendo que, de uma maneira geral, os técnicos concordam com as diferentes formas de intervenção, as médias de todas as formas de intervenção foram elevadas, não se identificando nenhuma forma de intervenção que se destaque das outras.

À primeira vista, este resultado parece estranho, no entanto a literatura confirma que os profissionais ligados à educação tendem a não confiar na sua própria capacidade de intervenção (Graczyk et al., 2005 cit. in Júlio, 2009 p. 107).

A investigação das perceções dos professores sobre a PHDA em Portugal espelha, de uma maneira geral, as mesmas lacunas que a literatura internacional. *Ter um conhecimento (“perceção”) correto e realista sobre a PHDA, é o primeiro passo recomendado (Fonseca et al., 1998; Barkley, 2002) para uma intervenção (“atitude”) junto de crianças com esta perturbação. Pode contribuir para um melhor entendimento da natureza da perturbação e do que a envolve, e por essa via constituir uma intervenção mais ajustada junto destas crianças (Baptista, 2010, p. 88).*

11. Intervenção na PHDA

Nos últimos anos, as formas de intervenção no âmbito da PHDA têm sido alvo de várias investigações, sobretudo a intervenção a nível psicofarmacológico. No entanto, por trás dessa investigação persiste a frustração de não existir “cura” para esta perturbação, mas sobretudo formas e estratégias de a gerir e controlar (Goldstein & Goldstein, 1998, cit. in Júlio, 2009, p. 47).

Com o propósito de obter uma resposta para a forma de intervenção mais adequada, surge um dos mais conhecidos e conceituados estudos - *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD - MTA* -, no qual foram avaliadas, num período de 14 meses, 579 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade. Este estudo realizado, em 1992, pelo Instituto de Saúde Mental dos EUA (NINH), teve como principal objetivo comparar diferentes programas de intervenção. Os resultados obtidos apontaram para a diminuição dos sintomas associados à PHDA, em todos os programas de intervenção realizados. Contudo, salienta-se, que a intervenção combinada revelou-se a mais eficaz, de acordo com os dados apurados nos três momentos de *follow-up* (24, 36, 48 meses) que envolveu o estudo. Verificou-se, ainda, o desaparecimento das diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo submetido exclusivamente a medicação e a tratamento combinado, e um declínio generalizado dos efeitos positivos da intervenção inicial (Rodrigues, 2008, p. 10, cit. in Baptista, 2010).

Pelo seu carácter multidimensional, conclui-se que as formas de intervenção que lhe estão associadas devem ter uma visão holística que permita a combinação das mesmas (e.g., Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995, cit. in Júlio, 2009; Díaz, et al., 2009). Neste sentido, optou-se por analisar as diferentes formas de intervenção através de uma divisão proposta pela autora, com base em diferentes referências bibliográficas.

11.1. Intervenção Escolar

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

No contexto escolar, é exigido ao aluno o recurso a mecanismos de autorregulação, dada a exigência de tarefas específicas ao nível do processamento da informação, o que certamente, e tal como referido, irá desencadear problemas ao nível do comportamento, aprendizagem, interação social e comunicação por parte das crianças/adolescentes com PHDA.

Esta categoria diz respeito ao conjunto de técnicas utilizadas em contexto escolar no sentido de alterar ou manipular esse mesmo contexto, de forma a realçar sobretudo as competências possuídas por estes alunos (Wilkinson & Lagendijk, 2007, cit. in Júlio, 2009, p. 48).

Os professores podem, em contexto de sala de aula, ajudar o aluno que manifesta comportamentos característicos desta perturbação, modificando, por exemplo, o ambiente estrutural da sala, usando compensações sociais e materiais, de forma a premiar os comportamentos desejáveis, adaptar materiais, entre outros, só assim se irão notar progressos nas aprendizagens e consequentemente os sentimentos de frustração e hostilidade diminuirão.

Para colmatar este distúrbio comportamental o professor deve tornar-se mais interativo e direcional, encorajando a autorregulação e o autorreforço, como meios de desenvolvimento de autoestima, igualmente favoráveis ao aumento da motivação (Lourenço, 2009, p. 72).

Estas estratégias devem ter como principal objetivo envolver e incentivar os alunos a participar nas atividades académicas, de forma a promover o sucesso escolar, mais do que controlar o seu comportamento e punir por atitudes menos desejáveis (Lopes, 2004).

11.2. Intervenção Comportamental

As técnicas que se baseiam na intervenção comportamental procuram controlar e moldar o comportamento através de mecanismos de influência exteriores. *O objetivo das terapias comportamentais é o de reduzir a frequência de comportamentos inadequados e aumentar a frequência de comportamentos desejados* (Lourenço, 2009, p. 51).

Segundo Ribes (em Ciudad, 1986, *cit. in* Vázquez, 1993, p. 172), *para os defensores desta linha, o comportamento humano (neste caso o comportamento de indivíduos com PHDA) é fruto da interação entre o indivíduo em desenvolvimento e o seu ambiente físico e social.*

Considera-se que em qualquer comportamento, seja ele ajustado ou não, atuam fatores biológicos, a história das aprendizagens do próprio sujeito e as condições físico-ambientais em que este se desenvolve, de tal forma que os comportamentos aprendem-se, mantêm-se e modificam-se pelos mesmos princípios, independentemente de serem considerados socialmente adaptados ou inadaptados.

De acordo com a perspetiva de Vázquez (1993, pp. 172/173) *em qualquer tentativa de ajudar a reduzir ou eliminar a PHDA nas crianças, é essencial que os princípios de modificação de comportamentos sejam aplicados adequadamente por pais e professores. O esquema geral que é normalmente utilizado é o seguinte:*

1. Definir operacionalmente o comportamento problemático;
2. Registrar a medida inicial do comportamento;
3. Analisar os motivos que fazem persistir o comportamento;
4. Programar novas formas de reforço aplicando o programa de intervenção desejado;
5. Avaliar se a mudança foi de facto efetiva;
6. Prosseguir com o programa.

De acordo com a bibliografia, a eficácia destas estratégias de intervenção parecem comprovadas, contudo o desafio coloca-se em integrar estas mesmas estratégias no funcionamento escolar.

11.3. Intervenção Cognitivo-comportamental

Segundo este modelo de intervenção, a mudança do comportamento é conseguida através da mudança gradual da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações. Assim sendo, a abordagem cognitivo-comportamental aponta para a utilização de algumas técnicas fundamentais para a promoção da progressiva autorregulação por parte da criança ou adolescente com PHDA. São elas, a auto-monitorização, o autorreforço e a autoinstrução (e. g., Malaca, 2008; Júlio, 2009).

Este tipo de terapia é uma das formas mais atuais para o tratamento da PHDA e incentiva o aumento do uso da linguagem como fator responsável por interiorizar o controlo sobre o comportamento.

As intervenções cognitivo-comportamentais pressupõem uma intervenção direta com a criança num contexto clínico cujo objetivo é a melhoria do autocontrolo, com base em estratégias como o modelling, a autoinstrução, role-playing entre outras (Melo, A. R., 2003, cit. in Lourenço, 2009, p. 52).

11.4. Intervenção Familiar

Raising a child with ADHD can be incredibly challenging for any parent. These children are very inattentive, impulsive or uninhibited, overactive, and demanding (Barkley, 2000, p. 5).

O contexto familiar, é de acordo com as referências bibliográficas, um contexto de atuação por excelência, no qual surgem diversos programas que combinam diferentes estratégias, no sentido de atuar sobre os comportamentos da criança ou do adolescente com PHDA e de modo também a mostrar que é normal o facto de os pais considerarem que não é fácil educar uma criança com PHDA, pois estes sentem-se muitas vezes culpados pelos comportamentos dos filhos.

O trabalho com os pais deverá ter como objetivo o treino de estratégias que lhes permitam controlar o comportamento dos filhos e ajudá-los a melhorar o seu relacionamento com os colegas.

Desses mesmos programas, o mais divulgado é o proposto por Barkley (2002, cit. in Júlio, 2009) e que assenta em 14 princípios:

1. Dar respostas e resultados de forma mais imediata à criança;
2. Dar respostas mais frequentes à criança;
3. Utilizar consequências mais potentes e mais abrangentes;
4. Utilizar incentivos antes de punir;
5. “Exteriorizar” o tempo e estabelecer pontes de tempo quando necessário;
6. Exteriorizar a informação importante no “ponto de realização”, isto é, no momento e no local crítico para a realização de uma tarefa;
7. Exteriorizar a fonte de motivação no ponto de realização;
8. Tornar o pensar e a resolução de problemas “mais físicos”;
9. Lutar por consistência;
10. Mais do que falar, agir;
11. Planificar com antecedência o que fazer em situações problemáticas;
12. Manter uma perspetiva de que a criança tem uma dificuldade específica;
13. Não personalizar os problemas da criança;
14. Praticar o perdão.

Tratando-se a PHDA de um problema de não conseguir fazer aquilo que se sabe que deveria ser feito, este programa conduz os pais a orientarem os seus filhos no sentido da autorregulação de forma a redireccionarem os seus comportamentos para objetivos futuros, promovendo a realização completa de tarefas e o cumprimento de regras (Barkley, 2002, cit. in Júlio, 2009, p. 54).

11.5. Intervenção Farmacológica

Ao nível da intervenção farmacológica com indivíduos com PHDA podemos distinguir três grupos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos (Júlio, 2009, p. 54).

Os **estimulantes** mais comuns na intervenção desta perturbação são a Ritalina®, Concerta® e Metadate® (metilfenidatos), a Dexedrina®, Adderall® e AdderallXR® (danfetaminas), e o Cylert® (pemolina) (Júlio, 2009, p. 55).

Esta medicação atua no sentido de estimular áreas cerebrais que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo (Sousa, 2004, cit. in Júlio, 2009, p. 55). As crianças quando medicadas tendem a comportar-se de forma semelhante às crianças sem PHDA, sendo

também, mais capazes de controlar os impulsos e direcionar o seu pensamento. No mesmo sentido, Taylor *et al.* (2004, *cit. in* Júlio, 2009, p. 56) *referem que a intervenção com estimulantes reduz, de forma significativa e célere, a agitação motora, o défice de atenção e a impulsividade, tendendo a melhorar a qualidade das interações sociais, a complacência e a diminuir os comportamentos agressivos.*

No entanto, referem-se alguns efeitos secundários resultantes do uso continuado deste tipo de medicação: perda de apetite e perda de peso, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aumento da atividade elétrica cerebral, insónia, tiques nervosos, psicose temporária, nervosismo, erupções cutâneas, náuseas, tonturas, dores de cabeça, comprometimento do crescimento (e.g., Sousa, 2004; Taylor *et al.*, 2004, *cit. in* Júlio, 2009; Santos, 2011).

No que diz respeito aos **tranquilizantes e antidepressivos**, são sobretudo utilizados quando a medicação estimulante não produz o efeito esperado ou origina efeitos secundários indesejáveis. Contudo, é de salientar que, raramente se utiliza este tipo de medicação como primeira opção de tratamento, pois os seus efeitos são menos duradouros e têm normalmente associados um maior número de efeitos secundários negativos, tais como, problemas cardíacos ou aumento da pressão arterial.

Apesar de todos os aspetos apresentados, *estima-se que aproximadamente 85% das crianças diagnosticadas com PHDA sejam medicadas* (Chronis *et al.*, 2006, *cit. in* Malaca, 2008, p. 9). Sparks e Duncan (2008, *cit. in* Malaca, 2008) realizaram um estudo no qual concluíram que houve um aumento de 369% nas despesas com medicamentos para tratar a PHDA em crianças com menos de 5 anos, registando-se pela primeira vez na história um aumento nas despesas com medicação para crianças/adolescentes utilizada para a PHDA, superior ao que foi gasto para tratar doenças do foro físico.

De facto, ao longo da literatura, parece haver consenso no que diz respeito às altas taxas de eficácia deste tipo de intervenção, contudo, considera-se que a opção por este tipo de estratégia deve ser analisada cuidadosamente, uma vez que nem todas as crianças terão necessidade de recorrer primariamente à medicação como solução para os seus comportamentos.

11.6. Considerações acerca da Intervenção na PHDA

Da análise bibliográfica apresentada, conclui-se que não existe uma solução igual para todos os indivíduos com PHDA, pelo que devem ser desenvolvidos diferentes programas e utilizadas diferentes estratégias respeitando sempre a individualidade de cada um.

Considera-se que se deve atender, a diversos fatores para que se consiga uma intervenção adaptada às características do indivíduo. Entre estes fatores, destaca-se, o nível académico em que se encontra a criança ou o adolescente; os contextos em que ocorrem com maior frequência os comportamentos problemáticos e quais destes os comportamentos que interferem com a vida dos mesmos e por último deve-se ter em conta os benefícios de uma intervenção multidisciplinar. De acordo com as referências bibliográficas, é assim essencial, ter em conta o tempo, o momento e os agentes, por forma a maximizar a eficácia da estratégia escolhida (e.g. Barkley, 2002; Lopes, 2004; Júlio, 2009; Lourenço, 2009).

No que diz respeito aos agentes que devem estar envolvidos na intervenção, considera-se, pela análise da revisão da literatura apresentada, que a criança/adolescente, a família e a escola são os três vetores que não podem estar desligados.

Assim, mais uma vez, se afirma que a longo prazo, os resultados de uma intervenção abrangente, que envolva os pais e a escola são visivelmente mais significativos e benéficos.

Segundo Barkley (2000), o principal problema dos indivíduos com PHDA não é tanto não saber o que fazer, mas sobretudo não conseguir fazer o que sabem que deve ser feito num determinado momento. Nesse sentido, Lopes (2004, p. 200) refere que *a intervenção deverá por isso orientar-se fundamentalmente para a ajuda à realização daquilo que os sujeitos sabem fazer no momento em que é adequado fazê-lo.*

Importa ainda referir, no que diz respeito à intervenção na PHDA, que há ainda muito trabalho a fazer, sobretudo no que se refere ao trabalho com os professores. Alguns autores apontam para a necessidade de se englobar na formação inicial dos professores, formação específica sobre as dificuldades e estratégias interventivas para esta perturbação. *Numa fase em que é esperada uma grande independência por parte dos alunos, seria importante refletir sobre as dificuldades experimentadas pelos mesmos, no sentido de promover o seu sucesso escolar* (DuPaul & Stoner, 2003, cit.in Júlio, 2009, p. 59), este é um papel que o professor deverá promover.

III. Metodologia

1. Problemática

Após a realização da contextualização teórica, em que se refletiu sobre vários aspetos inerentes à PHDA, este capítulo abordará toda a metodologia de investigação utilizada. Assim, faz-se o enquadramento conceptual que conduziu à definição do objetivo, as hipóteses a estudar e o procedimento utilizado na investigação: constituição e caracterização da amostra, definição de variáveis dependentes e independentes, instrumento utilizado e procedimentos estatísticos de tratamento de dados.

A PHDA tem sido uma das perturbações mentais da infância e adolescência mais estudada. Segundo Costa *et al.* (2010, p. 16) *esta é uma das perturbações da infância mais frequentemente diagnosticada e representa na atualidade um tema de grande importância para a Saúde Pública.*

Também, de acordo com Brioso e Sarriá (1995, *cit. in* Barbosa, 2005) e como referido anteriormente, a PHDA é uma das perturbações do comportamento mais frequentes na idade escolar, caracterizada por um nível de atividade motora excessiva e crónica, défice de atenção e impulsividade.

Existe, de facto, um acordo generalizado quando se trata de descrever o comportamento das crianças hiperativas. A descrição mais comum indica que a conduta destas crianças é caótica, inquieta, não focalizada em objetivos ou finalidades e com falta de persistência. *Portanto, trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, que não prestam atenção na sala de aula, que mudam continuamente de tarefa e apresentam uma atividade permanente e incontrolada, sem se dirigir a um determinado objetivo ou fim* (García, 2001, p. 12).

Após uma reflexão sobre as características enumeradas anteriormente, verificou-se que a questão comportamental é a condição base das desadaptações destas crianças/adolescentes em contexto escolar e de sala de aula. Considera-se que, pela própria natureza desta perturbação, é na escola que estes alunos exteriorizam mais facilmente a sua conduta disruptiva e consequentemente surgem dificuldades de aprendizagem. Segundo alguns autores, estas crianças/adolescentes apresentam problemas em captar a informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e expressá-la posteriormente (e.g. García, 2001; Parker, 2003).

De facto, os professores veem-se confrontados com comportamentos hiperativos, impulsivos, não focalizados em objetivos ou finalidades, elevados níveis de falta de atenção e muitas vezes desmotivação associada.

Lecionar em turmas com crianças que apresentam PHDA requer um cuidado especial, pois nem sempre é fácil captar a atenção destas. Paciência, disponibilidade, e formação específica, são elementos cruciais para uma boa relação professor – aluno (Fernandes, 2007, p. 43).

Por isso, será importante compreender qual o ponto de vista dos professores relativamente a esta temática, quais as características que consideram mais comuns, quais os comportamentos que interferem com o sucesso escolar e quais as estratégias que estes utilizam para ajudar os alunos com PHDA. Desta análise, surge a questão a seguir enunciada, e que leva ao estudo que se propõe.

Qual a perceção dos professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção?

Falar sobre as perceções dos professores pressupõe, em primeiro lugar, definir o que se entende por “perceção”. *Perceção deriva do latim “perceptio-ōnis” e refere-se à ação ou resultado de perceber. Mais especificamente é “uma representação mental de objetos ou acontecimentos exteriores, com base numa ou em múltiplas impressões sensoriais”* (Lisboa, 2001, p. 2819, cit. in Baptista, 2010, p. 64). Pode-se, assim, afirmar que as perceções dos professores estão associadas a representações mentais que estes constroem com base na realidade educativa na qual intervêm.

De acordo com Fonseca *et al.* (1998, cit. in Baptista, 2010, p. 65) *a investigação das perceções que os adultos possam ter sobre a PHDA, reveste-se de toda a importância na medida em que pode contribuir para um melhor entendimento da natureza dos comportamentos que lhe estão associados e por esta via projetar uma intervenção mais ajustada junto destas crianças.*

Com efeito, a pertinência desta investigação centra-se sobretudo na avaliação do grau de informação e conhecimentos dos docentes acerca da PHDA, uma vez que existem dados científicos que associam essa mesma perceção à atitude que estes manifestam quando lecionam em turmas com alunos com PHDA (e.g., Júlio, 2009; Lourenço, 2009; Baptista, 2010).

Este estudo visa ser mais um avanço científico nesta área, procurando contribuir para uma intervenção mais eficaz em contexto escolar.

Trata-se, assim, de um estudo em que se pretende realizar um inventário das representações que os professores, que têm contacto direto ou não com crianças com PHDA, possuem acerca de diferentes questões relacionadas com esta perturbação. É este estudo que se apresenta, de seguida, com todos os seus aspetos metodológicos.

2. Objetivo Geral

Tendo em conta todas as questões que surgem como relevantes na revisão bibliográfica, o presente estudo assume, então, como principal objetivo a avaliação da perceção dos professores acerca da PHDA.

Para isso, pretende-se efetuar um inventário de conhecimentos dos professores relativamente ao grau de gravidade desta perturbação, a frequência com que se deparam com alunos diagnosticados, quais as características associadas, os efeitos no contexto escolar e possíveis formas de intervenção.

Espera-se, com este estudo, contribuir para uma melhor compreensão da natureza dos comportamentos, tendo em conta o ponto de vista de uma amostra de professores de diferentes ciclos, bem como contribuir, igualmente, para a projeção de intervenções mais ajustadas junto destas crianças. Neste sentido, o objetivo é também, o de fornecer informações relevantes para que os psicólogos que atuam em contexto escolar, em colaboração e numa perspetiva de consultadoria com os professores, ajudem as crianças/adolescentes com PHDA a atingirem o sucesso escolar e pessoal.

A intervenção do psicólogo em contextos educativos numa perspetiva de consultadoria tem crescido de importância sendo hoje considerado um papel fundamental no exercício da profissão (Gutkin e Curtis, 1999, cit. in Seabra, 2001 in Neves & Carvalho, 2002, p. 47), até mesmo pelo facto de hoje as escolas terem apenas um técnico para dar resposta a uma imensidão de pedidos. Por isso, será essencial, que este processo colaborativo entre o psicólogo e os professores, funcione no sentido de partilha, pois deste modo, e concordando com o autor Selikowitz (2010, p. 179), o professor será capaz de adquirir uma noção das suas próprias dificuldades e desenvolver estratégias mais eficazes para as ultrapassar.

3. Hipóteses

Segundo Fortin (1999, cit. in Lopes, 2009, p. 47), *a hipótese é um enunciado formal das interações esperadas entre duas ou mais variáveis. Esta combina o problema e o objetivo numa exposição clara dos resultados esperados num estudo, sendo necessária a verificação de uma teoria ou preposições para a sua formulação.*

Tendo em conta os objetivos do estudo e a revisão da literatura feita anteriormente, foram colocadas as seguintes hipóteses:

H₁: O nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é “pouco ou suficiente” independentemente das habilitações académicas que os mesmos possuem.

H₂: O nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é “pouco ou suficiente” independentemente do ciclo que lecionam.

H₃: Os professores com mais tempo de serviço têm menos conhecimentos sobre a PHDA.

H₄: Os docentes que consideram que a PHDA condiciona a aprendizagem classificam esta perturbação como “grave”.

H₅: Os docentes que consideram o “défice de atenção” como característica que mais prejudica o sucesso escolar, assinalam a “medicação” e a “terapia psicológica” como formas de intervenção que podem trazer mais benefícios ao aluno com PHDA.

4. Tipologia do Estudo

A presente investigação tem um carácter sobretudo exploratório, no sentido em que se pretende fazer uma análise interpretativa, descritiva e correlacional dos resultados.

Considera-se ser uma análise interpretativa pois visa uma leitura analítica objetivando interpretar os resultados; descritiva pelo facto de *caracterizar o estado atual de um determinado objeto de investigação* (Reto & Nunes, 1999, cit. in Lopes, 2009, p. 46) e correlacional, dado ter também como objetivo explorar, determinar e descrever a existência de relações entre variáveis (Ribeiro, 1999).

Pretende-se, tal como já referido, fazer uma descrição pormenorizada da perceção dos professores sobre a PHDA, analisando para isso todas as variáveis definidas neste estudo.

5. Variáveis

As variáveis da investigação constituem um elemento central dado ser à volta delas que se estrutura a investigação. Como o próprio nome indica, variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes níveis, ou que é de diferentes tipos (Ribeiro, 1999, p. 25).

Quanto ao critério metodológico, as variáveis podem ser analisadas como independentes, que correspondem às causas de um fenómeno, e variáveis dependentes, que correspondem aos efeitos ou consequências que se pretendem estudar.

Partindo do atrás referido, considera-se como **variáveis dependentes** no presente estudo: o nível de conhecimento; o grau de gravidade da perturbação e as estratégias de intervenção.

Como **variáveis independentes** considera-se: as habilitações académicas dos docentes; o ciclo que lecionam; o tempo de serviço; o condicionamento da PHDA na aprendizagem e as características da PHDA.

6. Método e Procedimentos

6.1. Seleção da Amostra

A amostra compreendeu professores provenientes de diferentes escolas da região Norte, que lecionam nos 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e no ensino secundário.

Optou-se pela seleção dos ciclos referidos, pois é com a entrada na escola que os problemas associados à PHDA aparecem com mais frequência e com consequências gravemente acentuadas em contexto de sala de aula, para além disso, e de acordo com as referências bibliográficas já referidas no enquadramento teórico, na adolescência os problemas associados à PHDA podem continuar a existir ou podem mesmo agravar-se.

Também, de acordo com Selikowitz (2010, p. 63), *as crianças com graves problemas de comportamento sentem dificuldades desde os primeiros anos de escola. No entanto, muitas*

crianças com esta perturbação são capazes de fazer os primeiros anos de escola primária, menos exigentes, e só começam a ter problemas no secundário.

A escola exige ao aluno maior concentração, organização nas tarefas diárias e atitudes aceitáveis em sala de aula, sendo neste contexto que os sintomas da PHDA podem tornar-se mais pronunciados.

Foram, assim, seleccionadas as seguintes escolas: Agrupamento de Escolas de Canelas (Vila Nova de Gaia); Escola EB 2/3 Dr. Ferreira da Silva (Cucujães); Escola EB 2/3 de Canidelo (Vila Nova de Gaia); Escola Secundária de Carvalhos (Vila Nova de Gaia) e diversas escolas EB1 pertencentes aos referidos agrupamentos.

A opção pelo distrito do Porto e Aveiro foi por conveniência da autora do estudo, por serem estas regiões e escolas de mais fácil acesso.

A amostra utilizada neste estudo é uma Amostra não Probabilística ou Intencional, na medida em que a probabilidade relativa de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 1999).

6.2. Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por cento e vinte e quatro (N=124) professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário.

De um total de 170 questionários distribuídos, foram efetivamente preenchidos 124, o que corresponde a uma taxa de resposta de 72,9%.

Dos 124 professores que fazem parte da amostra, 26,6% são do sexo masculino (N=33) e 73,4% do sexo feminino (N=91), como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 – Análise Descritiva da Variável Sexo

	N	%
Masculino	33	26,6
Feminino	91	73,4
Total	124	100,0

Em termos de idade, constata-se pela tabela 3 que o intervalo está compreendido entre os 27 e os 64 anos (M= 44,30 e D.P.= 9,155).

Tabela 3 – Análise Descritiva da Variável Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	124	27	64	44,30	9,155

Em relação às habilitações académicas, confirma-se, através da análise da tabela 4, que 6,5% dos professores, que fazem parte da amostra, têm Bacharelato; 78,2% são Licenciados; 11,3% têm Mestrado e 4,0% detêm outro grau académico.

Tabela 4 – Análise Descritiva das Habilitações Académicas

	N	%
Bacharelato	8	6,5
Licenciatura	97	78,2
Mestrado	14	11,3
Outro	5	4,0
Total	124	100,0

No que diz respeito à formação sobre PHDA, 81,5% (N=101) dos professores não têm qualquer tipo de formação, sendo que apenas 18,5% (N=23) têm formação sobre a temática. Apresenta-se na tabela seguinte uma análise mais pormenorizada do tipo de formação que os professores possuem sobre a PHDA (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise Descritiva do Tipo de Formação sobre a PHDA

		N	%
Com Formação	Durante o Curso	5	4,0
	Curso de Formação	2	1,6
	Seminário	9	7,3
	Pós-graduação	6	4,8
	Outra	1	0,8
	Total	23	18,5
Sem Formação	Total	101	81,5

O tempo de serviço docente dos profissionais desta amostra oscila entre os 2 e os 37 anos ($M=19,30$; $D.P.= 9,576$), pelo que houve necessidade de recodificar esta variável em quatro grupos: os que exercem atividade há menos de 10 anos (37,1%), os que exercem entre 11 a 20 anos (29,0%), entre 21 e 30 anos (20,2%) e, por fim, os que desempenham a sua atividade profissional entre 31 a 40 anos (13,3%). No que diz respeito aos dados dos professores, é ainda de referir, que se recodificou a variável referente ao ciclo que lecionam em dez grupos, visto que alguns dos professores lecionam a mais do que um ciclo, sendo que os dados são apresentados de forma detalhada na tabela 6.

Tabela 6 – Análise Descritiva da Distribuição dos Professores por Tempo de Serviço e pelo Ciclo que Lecionam

	N	%
Tempo de Serviço (em anos)		
0-10	46	37,1
11-20	36	29,0
21-30	25	20,2
31-40	17	13,7
Ciclo que leciona		
1º Ciclo	25	20,2
2º Ciclo	28	22,6
3º Ciclo	31	25,0
Secundário	19	15,3
1º Ciclo + 2º Ciclo	2	1,6
1º Ciclo + 3º Ciclo	0	0,0
1º Ciclo + Secundário	0	0,0
2º Ciclo + 3º Ciclo	2	1,6
2º Ciclo + Secundário	0	0,0
3º Ciclo + Secundário	17	13,7

$N = 124$

É de salientar que, embora a amostra seja caracterizada em diversas variáveis, desta caracterização, apenas as variáveis, “habilitações académicas”, “tempo de serviço” e “ciclo que leciona” foram consideradas no presente estudo.

7. Instrumento

7.1. Composição e Elaboração

Tendo em conta o tipo de estudo, achou-se pertinente a escolha de uma metodologia quantitativa, uma vez que se considera mais benéfica, face à perspetiva de uma utilização universal dos dados estatísticos. Para além disso, o domínio da análise de dados quantitativos aumenta a capacidade de reconhecimento das conclusões do estudo (Bryman & Cramer, 2003). Neste sentido, optou-se pela aplicação de um questionário, como instrumento de recolha de dados (ver Anexo III), devidamente elaborado tendo em conta os objetivos do estudo e as características da amostra definida. A escolha desta técnica surge, igualmente, pela celeridade na obtenção dos resultados e pela maior facilidade de comparação dos mesmos com outros estudos já realizados.

O questionário, que se encontra em anexo, foi construído com base em dois questionários anteriormente utilizados em estudos na área da PHDA, das autoras Júlio (2009) e Lourenço (2009).

O questionário utilizado foi alvo de algumas alterações, como a supressão de determinadas questões, por não se revelarem relevantes para a realização do estudo e verificação das hipóteses, assim como se acrescentou e alterou alguns dos itens, procurando uma adaptação efetiva ao objetivo do estudo. Este questionário é constituído por perguntas de resposta fechada, havendo contudo indicação, em algumas das questões, de uma outra opção de resposta aberta, quando tal se justifica.

O questionário foi organizado em cinco partes, nas quais se agrupam um conjunto de questões relacionadas com cada área referentes à problemática e que, em seguida, serão enumeradas. Este mesmo questionário apresenta uma pequena nota introdutória, que contém a apresentação do estudo, o objetivo do mesmo e as indicações destinadas a assegurarem a colaboração dos respondentes. Apresenta, depois, uma primeira parte relativa aos dados do professor, tais como, sexo, idade, habilitações académicas, tempo de serviço, etc. Após esta caracterização sociodemográfica, apresentam-se as instruções. A segunda parte (questões 1 e 2) destina-se a avaliar o número de professores com alunos com PHDA diagnosticada e a frequência desta perturbação nas escolas. Uma terceira parte (questões 3, 4 e 5) compõe-se de questões relacionadas com o conhecimento dos docentes sobre a problemática. Seguidamente, a quarta parte (questões 6 e 7) do questionário, refere-se ao impacto da perturbação no contexto escolar e quais as suas implicações. Na quinta e última parte (questões 8, 9 e 10), procura-se identificar a atitude dos docentes face à situação em termos de intervenção.

7.2. Validação do Questionário

Tendo em conta que o questionário utilizado no âmbito deste trabalho foi construído a partir de outros dois questionários (Júlio, 2009 e Lourenço, 2009), foi necessário proceder-se à sua validação, através da realização de um estudo piloto.

Como sugerem Almeida e Freire (2008), incluem-se aqui as análises realizadas para apreciar o conteúdo e forma dos itens, nomeadamente a sua clareza, compreensibilidade e adequação aos objetivos do estudo.

7.2.1. Procedimentos do Estudo Piloto

Dada a impossibilidade de adotar totalmente um dos instrumentos já existentes, que fosse de encontro aos objetivos desta investigação, optou-se pela construção e consequente validação de um novo questionário.

Neste sentido, o primeiro passo, correspondeu a uma análise qualitativa das questões dos questionários anteriormente referidos, procurando verificar a sua adequação ao objetivo do presente estudo. A partir desta análise foi, assim, possível identificar sete questões, que se consideraram pertinentes para o estudo.

Num segundo momento, e tendo em conta as referências mais significativas da revisão bibliográfica, acrescentou-se outras questões, que se assumiram como relevantes para a recolha da informação pretendida. Desta forma, chegou-se a uma primeira versão do questionário.

Após este percurso, realizou-se o pré-teste, com seis professores, que não fizeram parte da amostra, e para uma validação mais específica fez-se, também, a consulta a cinco especialistas, entre eles, três psicólogos e dois professores de educação especial. Nesta fase, realizou-se com todos uma reflexão falada e escrita. Esta reflexão consistiu numa discussão e análise acerca de diferentes aspetos relativos à estrutura e funcionamento do questionário, nomeadamente:

- aplicabilidade prática do questionário;
- objetividade e compreensão dos itens (existência de dúvidas quanto à interpretação das questões; clareza das mesmas; precisão dos termos utilizados);
- adequação do questionário ao objetivo proposto;
- organização estrutural do questionário;
- aspetos relativos à formatação do questionário.

Após a realização do pré-teste aos professores e especialistas, verificou-se que deveriam ser realizadas algumas alterações, como a mudança na ordem de algumas questões, algumas modificações ao nível da linguagem e a substituição de uma das perguntas. Surge, desta forma, a segunda versão do questionário. Este foi novamente alvo de apreciação, desta vez apenas por uma psicóloga e uma professora, sendo que não foram sugeridas propostas ou colocadas novas questões. Assim, a segunda versão do questionário passou a constituir a versão final e o instrumento aplicado à amostra definida.

Para além do estudo piloto, fez-se a análise da consistência interna do questionário, na qual encontrou-se um *alpha* de Cronbach de 0,767, um nível considerado apropriado nas investigações em ciências sociais (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

7.3. Aplicação

A distribuição e recolha dos questionários decorreram entre o dia 2 de maio e 18 de maio de 2012.

Foi pedida a autorização às escolas anteriormente referidas, quer por *email*, quer no formato de papel (ver Anexo IV), e fornecida toda a informação sobre a proposta de investigação, no sentido de se viabilizar a participação dos professores neste estudo, preenchendo o questionário respetivo.

Foram distribuídos 170 questionários, pelas escolas dos concelhos referidos, sendo que apenas 124 foram efetivamente respondidos e devolvidos. Verificou-se assim, uma taxa de resposta de 72.9%.

Alguns questionários foram entregues pessoalmente pela autora aos professores e, posteriormente, recolhidos pela mesma. Contudo e por questões de condicionamento de tempo, alguns dos questionários foram entregues a um representante da escola (professores, psicólogos, auxiliares), a quem foram referidos verbalmente os objetivos do presente estudo, tendo-se os mesmos disponibilizado por fazerem a distribuição e recolha entre os professores. A autora do presente estudo disponibilizou, ainda, os seus contactos pessoais para qualquer esclarecimento, sendo que tal não se justificou. Assim, e após o prazo pré-estabelecido com as escolas, a autora deslocou-se às instituições, onde realizou a recolha dos questionários previamente preenchidos.

De salientar que os questionários foram preenchidos pelos professores sem presença do investigador.

IV.Resultados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 19.0 para *Windows*.

De acordo com Ribeiro (2007, p. 123), *o objetivo do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é verificar a existência e a natureza das relações entre variáveis*.

Apresenta-se a seguir os resultados obtidos no questionário aplicado aos professores e a correlação existente entre as variáveis, demonstrando estatisticamente se as hipóteses são ou não aceites.

1. Análise Descritiva do Questionário

Tal como referido anteriormente, o questionário aplicado foi organizado em cinco partes, nas quais se agrupam um conjunto de questões relacionadas com diferentes áreas referentes à PHDA. Optou-se por analisar os dados estatisticamente de acordo com cada uma das partes integrantes deste mesmo questionário. É de salientar que a primeira parte, relativa aos dados do professor, foi já analisada no ponto concernente à caracterização da amostra.

Segue-se uma análise descritiva das variáveis consideradas neste estudo, sendo apresentadas as médias, desvios-padrão, frequências relativas e/ou absolutas.

II Parte

A segunda parte do questionário (questões 1 e 2) destina-se a avaliar o número de professores com alunos com PHDA diagnosticada e a frequência desta perturbação nas escolas.

Em relação ao número de professores com alunos diagnosticados com PHDA, verificou-se que, este ano letivo, 54% dos professores inquiridos (N=67) não têm nenhum aluno com diagnóstico de PHDA na(s) sua(s) sala(s) de aula. Contrapondo com os 46% de professores (N=57) que este ano letivo têm pelo menos um aluno com diagnóstico.

Por sua vez, no que se refere à frequência com que os professores se deparam com alunos com PHDA diagnosticada, 41,9% dos professores afirmam que já se viram nesta situação “algumas vezes” ao longo do exercício da sua atividade; 14% mencionam que é uma realidade “frequente” e 2,4% afirmam ser “muito frequente” encontrar alunos com diagnóstico de PHDA. Por outro lado, 32,3% afirmam que “poucas vezes” contactaram com esta perturbação e 10,5% afirmam mesmo “nunca” se terem deparado com alunos com

diagnóstico. No que se refere, ainda, à frequência com que os professores se deparam com alunos com suspeitas e sinais de PHDA (sem que esta esteja efetivamente diagnosticada), é de salientar que, à semelhança dos números apresentados anteriormente, 50% dos professores afirmam que se deparam com estes alunos “algumas vezes”; 15,3% indicam que é uma realidade “frequente” e 5,6% confirmam ser “muito frequente”. Por outro lado, 24,2% afirmam que “poucas vezes” se deparam com alunos com suspeitas e sinais de PHDA e 4,8% afirmam mesmo “nunca” se terem deparado com alunos com características comportamentais relativas à perturbação. Para uma análise mais pormenorizada, os resultados são apresentados na tabela que se segue (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise Descritiva do Número de Professores com Alunos Diagnosticados com PHDA e Alunos com Sinais de PHDA

		N	%
Frequência de alunos diagnosticados com PHDA	Nunca	13	10,5
	Poucas Vezes	40	32,3
	Algumas vezes	52	41,9
	Frequentemente	14	11,3
	Muito Frequentemente	3	2,4
	Valores omissos	2	1,6
Frequência de alunos com sinais de PHDA	Nunca	6	4,8
	Poucas vezes	30	24,2
	Algumas vezes	62	50,0
	Frequentemente	19	15,3
	Muito Frequentemente	7	5,6

III Parte

Uma terceira parte (questões 3, 4 e 5) compõe-se de questões relacionadas com o conhecimento dos docentes sobre a problemática.

Em relação ao nível de conhecimento que os professores consideram ter sobre a PHDA, verifica-se que 45,2% consideram ter “pouco” conhecimento sobre a PHDA e 44,4% ter “suficiente” conhecimento, sendo que nenhum professor considera o seu conhecimento como “muito bom” (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise Descritiva do Nível de Conhecimento dos Professores

	N	%
Nenhum	8	6,5
Pouco	56	45,2
Suficiente	55	44,4
Bom	5	4,0
Muito Bom	0	0,0
Total	124	100,0

No que diz respeito à gravidade da PHDA, a maioria dos inquiridos considera esta patologia como “grave” (54%), sendo também de referir que 33,9% a consideram como “moderada”, contrapondo os 0,8% que afirmam ser “muito ligeira” (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise Descritiva do Grau de Gravidade

	N	%
Muito ligeira	1	0,8
Ligeira	8	6,5
Moderada	42	33,9
Grave	67	54,0
Muito Grave	5	4,0
Total	123	99,2
Valores omissos	1	0,8
Total	124	100,0

Para além de conhecermos o grau de gravidade com que os profissionais classificam esta perturbação, importa especificar em pormenor as características que os levam, enquanto professores, a suspeitar de uma situação de PHDA. Assim, destacam-se as cinco opções mais assinaladas: “mexe-se muito como se estivesse sempre *ligado a um motor*” (71%); “distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” (65,3%); “não consegue levar a cabo uma tarefa do princípio ao fim” (56,5%); “tem dificuldade em esperar pela sua vez” (53,2%); “tem dificuldade em organizar tarefas e atividades” (43,5%). Por sua vez, as opções menos assinaladas foram as seguintes: “tem algumas dificuldades a nível das competências sociais (13,7%); “não dá atenção a detalhes e executa erros por descuido nos trabalhos escolares ou outras atividades” (29,0%); “interrompe e interrompe-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros)” (29,8%).

De acordo com a análise efetuada, pode-se constatar que os sintomas de maior gravidade prendem-se com a área da *hiperatividade/impulsividade*: “mexe-se muito como se estivesse sempre *ligado a um motor*”; “não consegue levar a cabo uma tarefa do princípio ao fim”; “tem dificuldade em esperar pela sua vez”; “tem dificuldade em organizar tarefas e atividades”. No entanto, verifica-se uma exceção: “distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, sintoma característico do *défice de atenção*.

IV Parte

A quarta parte (questões 6 e 7) refere-se ao impacto da perturbação no contexto escolar e quais as suas implicações. Aqui, salienta-se que a totalidade dos professores (N=124) assinalou “sim”, na questão relativa ao condicionamento da PHDA na aprendizagem. Verifica-se, através da unanimidade da resposta, que existe uma perceção generalizada por parte dos professores de que a PHDA condiciona a aprendizagem e o sucesso escolar.

No que diz respeito às características que estes consideram prejudicar mais o sucesso escolar dos alunos com PHDA, incidem sobretudo no *défice de atenção* (93,5%). Esta resposta não vai de encontro ao anteriormente assinalado pelos inquiridos no que respeita às características que levam a suspeitar de uma situação de PHDA, sendo que nessa questão os professores assinalaram na sua maioria características relativas à *hiperatividade/impulsividade*, isto poderá, eventualmente, relacionar-se com o comportamento observável e que leva ao diagnóstico. Na tabela 10 apresentam-se os dados com maior detalhe.

Tabela 10 – Análise Descritiva das Características da PHDA

	N	%
Défice de Atenção	116	93,5
Hiperatividade	39	31,5
Impulsividade	19	15,3
Total	124	100,0

V Parte

Na quinta parte (questões 8, 9 e 10) deste questionário sobre a PHDA, procura-se identificar a atitude dos docentes face à situação em termos de intervenção.

Embora representem uma minoria, pode-se referir que houve profissionais que optaram por selecionar o item “outro”, sugerindo assim outras formas de intervenção em PHDA, tais como, “Prática de Desporto”, “Educação em casa”, “Divulgação de informação” e “Prática de rotinas diárias”.

Para além destas formas de intervenção práticas sugeridas pelos inquiridos, pode-se observar na tabela 11 que as estratégias com percentagem superior em termos de eficácia, consideradas pelos mesmos, foram a “colaboração pais-escola” (66,9%); a “medicação” (61,3%) e a “terapia psicológica” (56,5%). É, ainda, de mencionar que a forma de intervenção que reuniu um menor número de respostas foi o “apoio escolar” (23,4%).

Tabela 11 – Análise Descritiva dos Tipos de Intervenção em PHDA

	N	%
Medicação	76	61,3
Colaboração pais-escola	83	66,9
Terapia psicológica	70	56,5
Apoio escolar	29	23,4
Introdução de estratégias educativas	65	52,4
Outro	4	3,2

N=124

Quanto às estratégias de intervenção que o professor pode utilizar quando tem um aluno com PHDA (suspeita ou diagnosticado) na sala de aula, 82,3% dos professores sugeriu “encaminhar para um técnico especializado”; a segunda opção mais vezes assinalada foi “ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias” (64,5%); também foi referido “manter um contacto mais frequente com a família” (57,3%). Entre as estratégias menos consideradas, destaca-se, “encontrar um ambiente mais adequado à criança fora de aula/escola” (10,5%); “adaptar o contexto físico da sala de aula” (15,3%) e “encaminhar para o apoio educativo” (21,0%), o que vem de encontro ao ponto anteriormente analisado.

É também importante salientar, ainda que apenas um professor inquirido tenha optado pela opção “outro”, o mesmo sugere o “aumento das interações verbais na sala de aula”, como sendo uma estratégia de intervenção benéfica para o aluno com PHDA.

Por último, questionados sobre o profissional externo à família escolhido para intervir junto de crianças com PHDA, os sujeitos da amostra indicam o “Psicólogo” (72,6%) como o profissional com maiores competências para atuar junto de crianças com PHDA, sendo seguido pelo “Professor de educação especial” (54%) e pela “Pedopsiquiatra” (50%). Por outro lado, o “Professor do ensino regular” (0,8%) e o “Psiquiatra” (1,6%) são os profissionais menos referidos (Tabela 12).

Tabela 12 – Análise Descritiva Relativa ao Tipo de Especialistas Recomendados pelos Professores

	N	%
Professor (Ensino Regular)	1	0,8
Professor de Educação Especial	67	54
Médico de Família	30	24,2
Pediatra	19	15,3
Psiquiatra	2	1,6
Pedopsiquiatra	62	50,0
Neurologista	20	16,1
Psicólogo	90	72,6
Outro	1	0,8

N=124

2. Análise Correlacional

Até ao momento, foi feita a análise descritiva das respostas dadas pelos professores em cada questão referente ao estudo. Importa, agora, analisar detalhadamente cada uma das hipóteses inicialmente consideradas, a partir dos diferentes testes realizados estatisticamente.

Segundo os autores Almeida e Freire (2008, p. 46), o teste das hipóteses é *um passo importante no que respeita à investigação, pois como o próprio termo deixa antever, a partir de uma certa margem de probabilidade de certeza, conclui-se a aceitabilidade de uma hipótese fixada*. Assim, faz-se agora uma análise detalha das hipóteses anteriormente colocadas, no sentido de verificar se estas são ou não aceites.

H₁: O nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é “pouco ou suficiente” independentemente das habilitações académicas que os mesmos possuem.

A análise da distribuição da normalidade é uma questão importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos dos testes estatísticos do SPSS e permitir igualmente a aplicação de um grande número de estatísticas descritivas.

Assim, depois de realizados os testes necessários para averiguar a normalidade das variáveis, salienta-se aqui, o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov ($N > 50$) e o Shapiro-Wilk ($N < 50$). Estes testes de aderência à normalidade servem para analisar o ajustamento à normalidade da distribuição de uma variável de nível ordinal ou superior, através da comparação de frequências (Pestana & Gageiro, 2008), e tal como se verifica na tabela 13, o nível de significância para todos os grupos encontra-se abaixo de 0,05, o que leva a concluir que as variáveis desta hipótese obedecem aos **critérios não paramétricos**, pois tal como referido não cumprem as condições dos testes paramétricos e as variáveis são expressas em escalas de nível inferior, ou seja, nominais e ordinais (e.g., Ribeiro, 1999; Ribeiro, 2010).

Tabela 13 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk

	Habilitações Académicas	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	N	Sig.	Estatística	N	Sig.
	Bacharelato	0,361	8	0,003	0,826	8	0,054
	Licenciatura	0,298	97	0,000	0,796	97	0,000
	Mestrado	0,320	14	0,000	0,850	14	0,022
Nível de Conhecimento	Outro	0,473	5	0,001	0,552	5	0,000
a. De acordo com a correlação de Lilliefors							

Assim, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis para amostras não-paramétricas. Este teste é aplicado a variáveis de nível inferior, sendo uma alternativa ao One-Way Anova (Pestana e Gageiro, 2008). Da análise da tabela 14, conclui-se que, não existem diferenças significativas, entre os grupos ($p = 0,160$). O que significa que, independentemente do grau académico que os professores detenham, o nível de conhecimento sobre a PHDA é semelhante entre si. No que diz respeito, ao nível de conhecimento geral dos professores, este não atinge de facto níveis muito elevados (tal como já se analisou pela tabela 8, anteriormente apresentada), o que significa que o conhecimento médio dos professores se encontra entre o “pouco” (45,2%) e o “suficiente” (44,4%). Perante estes resultados, **considera-se que a hipótese 1 é aceite.**

Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis

	Habilitações Académicas	N	Mediana
Nível de Conhecimento	<i>Bacharelato</i>	8	50,13
	<i>Licenciatura</i>	97	64,39
	<i>Mestrado</i>	14	49,93
	<i>Outro</i>	5	80,90
	<i>Total</i>	124	

Teste Estatístico ^{a,b}	
Nível de Conhecimento	
Qui-quadrado	5,168
N	3
Significância	0,160
a. Teste Kruskal Wallis	
b. Variável de grupo: Habilitações Académicas	

H₂: O nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é “pouco ou suficiente” independentemente do ciclo que lecionam.

Realizou-se, novamente, os testes Kolmogorov-Smirnov e o Shapiro-Wilk no sentido de verificar a normalidade das variáveis, pela análise da tabela 15, verifica-se, que o nível de significância, para todos os ciclos, se encontra abaixo de 0,05, o que leva a concluir que as variáveis desta hipótese obedecem, mais uma vez, aos **critérios não paramétricos**.

Tabela 15 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk

	Ciclos que leciona	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	N	Sig.	Estatística	N	Sig.
Nível de Conhecimento	<i>1º Ciclo</i>	0,316	25	0,000	0,731	25	0,000
	<i>2º Ciclo</i>	0,322	28	0,000	0,792	28	0,000
	<i>3º Ciclo</i>	0,266	31	0,000	0,846	31	0,000
	<i>Secundário</i>	0,310	19	0,000	0,749	19	0,000
	<i>1º Ciclo + 2º Ciclo</i>	0,286	2	-	-	-	-
	<i>2º Ciclo + 3º Ciclo</i>	0,260	2	-	-	-	-
	<i>3º Ciclo + Secundário</i>	0,258	17	0,004	0,877	17	0,029

a. De acordo com a correlação de Lilliefors

b. Nível de Conhecimento é constante quando Ciclos que leciona (grupos) = 5. Os dados são omitidos.

Assim, após este procedimento, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis para amostras não-paramétricas. Da análise da tabela 16, conclui-se que entre os grupos (ciclos que leciona) não existem diferenças significativas ($p = 0,273$). O que significa que, independentemente do(s) ciclo(s) que lecionam, os professores possuem um conhecimento semelhante entre si sobre a PHDA. Mais uma vez, se confirma que, o nível de conhecimento geral dos professores, não atinge níveis muito elevados. Perante os resultados obtidos na análise desta hipótese e pelos resultados anteriormente apresentados, **conclui-se que a hipótese 2 é aceite.**

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis

	Ciclos que leciona	N	Mediana
Nível de Conhecimento	<i>1º Ciclo</i>	25	68,78
	<i>2º Ciclo</i>	28	68,14
	<i>3º Ciclo</i>	31	54,82
	<i>Secundário</i>	19	70,21
	<i>1º Ciclo + 2º Ciclo</i>	2	36,50
	<i>2º Ciclo + 3º Ciclo</i>	2	64,25
	<i>3º Ciclo + Secundário</i>	17	52,21
	<i>Total</i>	124	

Teste Estatístico ^{a,b}

**Nível de
Conhecimento**

Qui-quadrado 7,544

N 6

Significância 0,273

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de grupo: Ciclos que
leciona

H₃: Os professores com mais tempo de serviço têm menos conhecimentos sobre a PHDA.

Realizou-se, tal como nas hipóteses anteriores, os testes Kolmogorov-Smirnov e o Shapiro-Wilk para verificar a normalidade das variáveis. Assim, e após este procedimento, verifica-se, pela análise da tabela 17, que o nível de significância para todos os grupos (classes para o tempo de serviço) encontra-se abaixo de 0,05, o que leva a concluir que as variáveis desta hipótese obedecem, mais uma vez, aos **critérios não paramétricos**.

Tabela 17 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk

	Classes para o tempo de serviço	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	N	Sig.	Estatística	N	Sig.
Nível de Conhecimento	<i>0 – 10 anos</i>	0,302	46	0,000	0,784	46	0,000
	<i>11 – 20 anos</i>	0,288	36	0,000	0,816	36	0,000
	<i>21 – 30 anos</i>	0,266	25	0,000	0,852	25	0,002
	<i>31 – 40 anos</i>	0,285	17	0,001	0,792	17	0,002

a. De acordo com a correlação de Lilliefors

Aplicou-se, depois, igualmente, o teste Kruskal-Wallis para amostras não-paramétricas. Da análise estatística, conclui-se que não existem diferenças entre o conhecimento dos professores, de acordo com os anos de serviço, o que significa que, independentemente da experiência profissional, os professores possuem um conhecimento semelhante entre si sobre a PHDA. **A hipótese 3 não é, pois, aceite ($p = 0,740$).** O nível de conhecimento dos professores de acordo com o tempo de serviço é apresentado na tabela 18, onde se pode constatar que se encontra entre o “pouco” e o “suficiente”.

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis

Tempo de Serviço	Nível de Conhecimento	N	Mediana
	<i>Nenhum</i>	8	70,94
	<i>Pouco</i>	56	60,84
	<i>Suficiente</i>	55	61,86
	<i>Bom</i>	5	74,60
	<i>Muito Bom</i>	0	-
	<i>Total</i>	124	

Teste Estatístico ^{a,b}	
Classes para o tempo de serviço	
Qui-quadrado	1,252
N	3
Significância	0,740
a. Teste Kruskal Wallis	
b. Variável de grupo: Nível de Conhecimento	

H₄: Os docentes que consideram que a PHDA condiciona a aprendizagem classificam esta perturbação como “grave”.

Após terem sido selecionados apenas os casos em que os professores consideram que a PHDA condiciona a aprendizagem (*select cases*), fez-se a análise descritiva de frequências, representada na tabela 19. Da análise dessa tabela, pode-se afirmar que 54% dos docentes consideram a PHDA como “grave”, sendo também de referir que 33,9% a consideram com “moderada”, contrapondo os 0,8% que afirmam ser “muito ligeira”. **A hipótese 4 é desta forma aceite.**

Tabela 19 – Frequência do Grau de Gravidade

	N	%
Muito ligeira	1	0,8
Ligeira	8	6,5
Moderada	42	33,9
Grave	67	54,0
Muito Grave	5	4,0
Total	123	99,2
Valores omissos	1	0,8
Total	124	100,0

H₅: Os docentes que consideram o “défice de atenção” como característica que mais prejudica o sucesso escolar, assinalam a “medicação” e a “terapia psicológica” como formas de intervenção que podem trazer mais benefícios ao aluno com PHDA.

Para testar esta hipótese, selecionou-se apenas os casos em que os professores haviam considerado o “défice de atenção” como a característica que mais prejudica o sucesso escolar (*select cases*). Procedeu-se a análise descritiva de frequências representada na tabela 20 e através da qual se pode certificar que 62,1% desses professores selecionam a “medicação” e 57,8% a “terapia psicológica”, como as formas de intervenção que podem trazer mais benefícios para os alunos com PHDA. Assim, **considera-se que a hipótese 5 é aceite**, ainda que não completamente, pois verifica-se também que os professores consideram relevante a “colaboração pais-escola” (66,4%), sendo esta a opção que reúne maior consenso de acordo com a percepção dos professores.

Tabela 20 - Frequência das Formas de Intervenção

	N	%
Medicação	72	62,1
Colaboração pais-escola	77	66,4
Terapia psicológica	67	57,8
Apoio escolar	27	23,3
Introdução de estratégias educativas	61	52,6
Outro	4	3,4

V. Análise e Discussão de Resultados

Tendo em conta os objetivos do estudo, procedeu-se à análise e discussão dos resultados encontrados, seguindo a mesma ordem adotada na sua apresentação.

Assim sendo, analisou-se as diferentes respostas obtidas, identificando a relação existente entre as mesmas à luz do enquadramento teórico apresentado e referências bibliográficas na área.

Importa, ainda, referir que os estudos que servem de base comparativa e que serão mencionados no decorrer desta análise, não se basearam no mesmo instrumento de recolha de dados, pelo que poderão existir limitações nas comparações efetuadas. Para além disso, a representatividade da amostra, simultaneamente com as questões metodológicas referidas anteriormente, levam a um cuidado acrescido na análise dos resultados e na sua interpretação.

1. Análise Descritiva do Questionário

I Parte

Nesta primeira parte relativa aos dados do professor, é de salientar, no que diz respeito à formação, que 81,5% dos professores inquiridos não têm qualquer tipo de formação na área da PHDA, sendo que apenas 18,5% têm formação sobre a problemática.

Corroborando esta ideia, surge o estudo realizado por Vicente e Ruiz (2004, *cit. in* Lopes, 2009, p. 39) no qual se evidencia que *os professores não possuem formação específica nesta área, o que conduz a identificações erradas da PHDA e à ausência de conhecimento de estratégias de intervenção para atuar com os alunos que apresentam esta perturbação. Na opinião dos autores, o professor tem uma posição privilegiada para construir e intervir no processo de ensino-aprendizagem dos alunos com PHDA.* Tal como referido no enquadramento teórico, os professores são normalmente os primeiros a fazer referências para a avaliação da PHDA, por isso a sua perceção e o seu conhecimento sobre a temática são essenciais no diagnóstico e avaliação das crianças ou adolescentes.

Assim, estes números parecem ser preocupantes, apontando para a necessidade de ser feito um trabalho específico no que se refere à formação dos professores sobre a PHDA, seja ela integrada nos cursos de formação universitários, ou através de seminários e palestras. Considera-se que só apostando na formação destes profissionais se conseguirá um despiste adequado da perturbação.

II Parte

Pela análise dos resultados encontrados nesta segunda parte do questionário, que tinha como objetivo avaliar o número de professores com alunos com PHDA diagnosticada e a frequência com que os professores se deparam com a perturbação, verifica-se que 46% dos professores têm, este ano letivo, pelo menos um aluno com diagnóstico de PHDA na(s) sua(s) sala(s) de aula. No que se refere à frequência com que os professores se deparam com alunos com PHDA diagnosticada, 41,9% afirmam que esta é uma situação que acontece “algumas vezes”, por sua vez, 50% dos inquiridos refere, igualmente, encontrar “algumas vezes” alunos com suspeitas e sinais de PHDA. Os dados são estatisticamente semelhantes, o que nos leva a concluir que um número considerável de professores já se tenha deparado com alunos com PHDA, embora não reconheçam eficazmente as características que distinguem os alunos com PHDA diagnosticada, daqueles que apresentam apenas sinais ou sintomas da perturbação.

O estudo realizado por Júlio (2009) corrobora os dados obtidos, uma vez que, 79,9% dos indivíduos considerados na amostra referem já terem contactado com esta problemática “algumas vezes”.

Assim, conclui-se, que a PHDA surge como uma realidade e não apenas uma tendência dos tempos modernos.

III Parte

Uma terceira parte compõe-se de questões relacionadas com o conhecimento dos docentes sobre a PHDA.

Em relação ao nível de conhecimento que os professores consideram ter sobre a PHDA, verifica-se que 45,2% consideram o seu conhecimento como “pouco” e 44,4% como “suficiente”. De facto, *a literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, tendo sido esta, identificada como um dos maiores obstáculos para responder às necessidades de crianças com PHDA* (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto *et al.* 2000, *cit. in* Lourenço, 2009, p. 18). Mais uma vez se salienta que nenhum professor considera o seu conhecimento como “muito bom”.

Numa outra questão, de acordo com os conhecimentos e/ou experiência destes docentes, 54% consideram esta perturbação como “grave”, 33,9% como “moderada” e apenas 4,0% a consideram como “muito grave”.

Dados relativamente semelhantes foram obtidos no estudo de Fonseca *et al.* (1998, *cit. in* Baptista, 2010), no qual os inquiridos consideram a PHDA como um problema “grave” ou

“muito grave”. Ainda se refere outro estudo realizado em Leiria por Júlio (2009), que se opõe aos dados obtidos na presente investigação, sendo que 53,6% da amostra do estudo consideram a PHDA uma perturbação “muito grave”.

Esta discrepância de resultados pode dever-se, mais uma vez, ao desconhecimento da perturbação e à desvalorização em alguns casos ou sobrevalorização noutros.

Por sua vez, no que diz respeito às características que levam os professores a suspeitar de uma situação de PHDA, destacam-se, tal como referido, as cinco opções mais vezes assinaladas, “mexe-se muito como se estivesse sempre *ligado a um motor*” (71%); “distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” (65,3%); “não consegue levar a cabo uma tarefa do princípio ao fim” (56,5%); “tem dificuldade em esperar pela sua vez” (53,2%); “tem dificuldade em organizar tarefas e atividades” (43,5%). De acordo com a análise efetuada, pode-se constatar que os sintomas de maior gravidade prendem-se com a área da *hiperatividade/impulsividade*: “mexe-se muito como se estivesse sempre ligado a um motor”; “não consegue levar a cabo uma tarefa do princípio ao fim”; “tem dificuldade em esperar pela sua vez”; “tem dificuldade em organizar tarefas e atividades”. No entanto, verifica-se uma exceção: “distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” sintoma característico do *défice de atenção*.

Numa análise mais pormenorizada dos professores relativamente às perceções das características associadas à PHDA, importa refletir sobre a exceção encontrada no presente estudo. Tal constatação parece colocar em evidência, o *défice de atenção*. Embora esta seja uma característica que passa facilmente despercebida num contexto de sala de aula, quando esta distração é demasiado visível e constante parece também ser considerada pelos professores como uma possível característica associada a uma perturbação.

Contrariamente ao encontrado na presente investigação, no estudo realizado por Lourenço (2009) a característica mais valorizada pelos participantes do estudo foi o “*défice de atenção*”. Em relação às características que dificultam mais a vida escolar das crianças com PHDA, foi referenciado sobretudo o item “tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades”, seguido do item “distraem-se facilmente com estímulos irrelevantes”. Quanto aos itens associados à hiperatividade e impulsividade foram mencionados: “levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado” e “corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo”; “tem dificuldade em esperar pela sua vez” e “precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado”, como os que provocam maior desajustamento.

IV Parte

A quarta parte do questionário diz respeito ao impacto da perturbação no contexto escolar e as suas implicações a este nível.

Sem dúvida, o resultado com maior consenso, foi obtido na questão relativa ao condicionamento da PHDA na aprendizagem, constatando-se que a totalidade dos professores (N=124) assinalou que esta perturbação condiciona de facto a aprendizagem.

Estudos realizados com o objetivo de evidenciar estas questões provam que cerca de 25% das crianças com PHDA demonstram DA (Parker, 2003), corroborando os resultados obtidos na presente investigação. *De um modo geral, as crianças com PHDA em classe regular apresentam situações de insucesso escolar, duas ou três vezes superior a crianças sem PHDA* (Rubinstein, R.A. e Brown, R.T., 1980, cit. por Zentall, S. 1993, cit. in Lourenço, 2009, p. 60) e *não terminam a escolaridade obrigatória com uma percentagem cerca de três vezes superior a crianças sem problemas* (Weiss, G. E. Hetchman, L.T., 1986, cit. por Zentall, S. 1993, cit. in Lourenço, 2009, p. 60).

Outro estudo realizado nos EUA, apresenta os seguintes resultados: *entre 30 a 40% das crianças com PHDA, são colocadas num ou mais programas de educação especial; 56% requerem a ajuda de um tutor; aproximadamente 30% ficam retidas em pelo menos um ano de escolaridade; 46% podem vir a ser suspensas da escola; e entre 10 a 30% abandonam a escola ou não concluem o ensino secundário* (Baptista, 2010, p. 46).

Todos estes factos parecem tomar inevitável a associação da PHDA com os problemas de aprendizagem e/ou de realização escolar.

No que diz respeito às características que os professores consideram prejudicar mais o sucesso escolar dos alunos com PHDA, as respostas incidem sobretudo no défice de atenção (93,5%). Embora esta resposta não vá de encontro aos itens assinalados numa das respostas anteriormente descrita (III Parte), confirma o que foi mencionado por DuPaul e Stoner (2007, cit. in Baptista, 2010, p. 116), *a desatenção dificulta a realização e a conclusão de tarefas que exigem concentração, como os trabalhos individuais que, por norma nas nossas escolas, são de cariz essencialmente escrito. Pode comprometer as instruções dadas pelo professor e o desempenho nas fichas de avaliação. Os mesmos autores referem ainda a desorganização dos cadernos, das carteiras e dos trabalhos como outros problemas associados à desatenção.*

O âmbito da atenção é, conforme o referido no enquadramento teórico, o sintoma da PHDA que causa maiores problemas na vida escolar de um aluno com esta característica.

V Parte

A quinta parte do questionário aplicado aos docentes, procura identificar a atitude destes face à situação de intervenção.

Pode-se concluir, através dos resultados estatisticamente obtidos, que as estratégias de intervenção com percentagem superior e que reuniram maior consenso em termos de eficácia foram a “colaboração pais-escola” (66,9%); a “medicação” (61,3%) e a “terapia psicológica” (56,5%). É, ainda, de mencionar que a forma de intervenção que reuniu um menor número de respostas foi o “apoio escolar” (23,4%).

Um estudo realizado na *Alemanha, em 1994, sobre as Atitudes e Conhecimento dos professores acerca da PHDA no que concerne às atitudes e formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA, constatou-se que os participantes no estudo, consideram que a “colaboração pais-escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA* (Lourenço, 2009, p. 139), o que vai de encontro ao referido, sendo igualmente no presente estudo a característica mais valorizada – “colaboração pais-escola”.

Parece-nos que os professores valorizam a colaboração entre estes e a família, no sentido da resolução dos problemas das crianças com esta perturbação, com o objetivo também de incentivar cada vez mais os pais a estarem presentes na vida académica dos seus educandos.

Também, é importante referir, embora representem uma minoria, que alguns profissionais sugeriram outras formas de intervenção em PHDA, tais como, “prática de desporto”, “educação em casa”, “divulgação de informação” e “prática de rotinas diárias”.

Quanto às estratégias de intervenção que o professor pode utilizar quando tem um aluno com PHDA (suspeita ou diagnosticado) na sala de aula, 82,3% dos professores sugeriu “encaminhar para um técnico especializado”; a segunda opção mais vezes assinalada foi “ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias” (64,5%); também foi referido “manter um contacto mais frequente com a família” (57,3%).

Salienta-se, o já referido estudo, *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD - MTA* -, no qual foram avaliadas, num período de 14 meses, 579 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade. Este estudo realizado, em 1992, pelo Instituto de Saúde Mental dos EUA (NINH), teve como principal objetivo comparar diferentes programas de intervenção. Os resultados obtidos apontaram para a diminuição dos sintomas associados à PHDA, em todos os programas de intervenção realizados. Contudo, salienta-se, que a intervenção combinada revelou-se a mais eficaz, de acordo com os dados apurados nos

três momentos de *follow-up* (24, 36, 48 meses) que envolveu o estudo. Verificou-se, ainda, o desaparecimento das diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo submetido exclusivamente a medicação e ao tratamento combinado, e um declínio generalizado dos efeitos positivos da intervenção inicial (Rodrigues, 2008, p. 10, *cit. in* Baptista, 2010).

Convém sublinhar que não existe uma solução igual para todos os problemas, pelo que as estratégias deverão ser desenvolvidas respeitando a individualidade de cada criança ou adolescente, por isso, considera-se as estratégias referidas pelos professores como eficazes do ponto de vista da caracterização das problemáticas associadas à PHDA.

Por último, questionados sobre o profissional externo à família escolhido para intervir junto de crianças com PHDA, os sujeitos da amostra deste estudo indicam o “Psicólogo” (72,6%) como o profissional com maiores competências para atuar junto de crianças com PHDA, sendo seguido pelo “Professor de educação especial” (54%) e pelo “Pedopsiquiatra” (50%).

Também os resultados do estudo de Lourenço (2009) apontam que a maioria dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico, sendo que o “Médico” aparece logo a seguir. Verifica-se, igualmente, no estudo de Fonseca *et al.* (1998b, *cit. in* Júlio, 2009, p. 108), que o profissional mais referido é o “Psicólogo”.

Tal facto poderá, segundo a autora, significar que os professores percecionam o psicólogo e o professor de educação especial como os especialistas com maior competência ao nível da intervenção com alunos com PHDA.

2. Análise Correlacional

H₁: O nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é “pouco ou suficiente” independentemente das habilitações académicas que os mesmos possuem.

Pela análise dos resultados obtidos, verifica-se que, independentemente das habilitações académicas desta amostra de professores, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento, sendo que, este se encontra entre o “pouco” ou “suficiente”.

Fonseca *et al.* (Fonseca, Simões, & Rebelo, 1998, *cit. in* Baptista, 2010) realizaram um estudo cujo objetivo foi investigar as perceções que os adultos portugueses têm sobre a PHDA. A amostra deste estudo compreendeu 487 adultos, na sua maioria estudantes universitários, que frequentavam cursos de ciências sociais e humanas e de ciências médicas (psicólogos, médicos, enfermeiros, educadores de infância, entre outros). Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos adultos interrogados manifesta um conhecimento, sobre a perturbação, desfasado da literatura científica.

O estudo referenciado corrobora os dados obtidos, podendo-se, assim, afirmar que as habilitações académicas não contribuem positivamente para um maior conhecimento nesta área, pelo que se salienta a importância de incluir formação específica sobre a PHDA, para os professores dos diferentes ciclos.

H₂: O nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é “pouco ou suficiente” independentemente do ciclo que lecionam.

Dos resultados obtidos através do teste Kruskal-Wallis conclui-se, tal como já referido, que, mais uma vez, não existem diferenças significativas entre os grupos, ou seja, independentemente do(s) ciclo(s) que lecionam os professores têm entre si um conhecimento semelhante. Este mesmo conhecimento não atinge níveis muito elevados, estando entre o “pouco” e o “suficiente”, como sugere a hipótese anunciada.

Um jornal Australiano (International Journal of Disability, Development and Education) publicou um artigo “Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Their Teachers: A review of the literature” escrito por Julie M. Kos, Amanda L. Richdale; David A. Hay (2006), que engloba vários estudos, realizados por três Australianos (Bekle, 2004; Kos, Richdale, & Jackson, 2004; West, Taylor, Houghton, & Huydma, 2005) e três

Norte-Americanos (Barbaresi & Olsen, 1998; Jerome, Gordon, & Hustler, 1994; Sciutto, Terjesen, & Bender-Frank, 2000). Estes estudos fazem referência ao “Conhecimento dos Professores acerca da PHDA”, depois de comparados entre si, conclui-se que o conhecimento dos professores acerca da PHDA é limitado (Lourenço, 2009, p. 130), o que corrobora os resultados encontrados no presente estudo.

H₃: Os professores com mais tempo de serviço têm menos conhecimentos sobre a PHDA.

Da análise estatística conclui-se que não existem diferenças entre o conhecimento dos professores, de acordo com os anos de serviço, o que significa que independentemente da experiência profissional, os professores possuem um conhecimento idêntico entre si, semelhante ao que acontece nas hipóteses anteriores.

Estudos realizados na América e no Canadá por Jerome *et al.* (1994, *cit. in* Lourenço, 2009, p. 129) demonstram que os *professores com menos tempo de serviço têm mais conhecimento sobre a PHDA*, dados que contrariam o obtido no presente estudo. Ainda segundo os mesmos autores, este fenómeno deve-se ao facto dos professores com menos tempo de serviço, terem o curso também há menos tempo e consequentemente receberem formação nesta área.

Pelo contrário, a investigação “*Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*” (Fernández, S. J., Mínguez R. T., Casas A. M., 2007, *cit. in* Lourenço, 2009, p. 136), no que se refere ao conhecimento adquirido através do tempo de serviço docente, menciona que anos de experiência remetem para conhecimento nesta área.

Os resultados encontrados nas investigações apresentadas, divergem dos resultados obtidos no presente estudo, visto que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Pelo que se considera pertinente um estudo mais aprofundado nesta área, no sentido de clarificar esta questão.

H₄: Os docentes que consideram que a PHDA condiciona a aprendizagem classificam esta perturbação como “grave”.

À semelhança do que foi referido na análise descritiva do questionário, depois de realizada a correlação das variáveis, 54% dos docentes consideram a PHDA como “grave”, sendo também de referir que 33,9% a consideram com “moderada”, contrapondo os 0,8% que afirmam ser “muito ligeira”.

Refere-se novamente os dados obtidos no estudo de Fonseca *et al.* (1998, *cit. in* Baptista, 2010), no qual os inquiridos consideram a PHDA como um problema “grave” ou “muito grave”. Ainda se refere outro estudo realizado em Leiria por Júlio (2009), que se opõe aos dados obtidos na presente investigação, sendo que 53,6% da amostra do estudo consideram a PHDA uma perturbação “muito grave”.

H₅: Os docentes que consideram o “défice de atenção” como característica que mais prejudica o sucesso escolar, assinalam a “medicação” e a “terapia psicológica” como formas de intervenção que podem trazer mais benefícios ao aluno com PHDA.

Os docentes que consideram o “défice de atenção” como característica que mais prejudica o sucesso escolar assinalam, de facto, a “medicação” e a “terapia psicológica” como formas de intervenção que podem trazer benefícios aos alunos com PHDA.

Também nos estudos de Rodrigues e Encarnação (2006) e Rodrigues e Ribeiro (2008), *os participantes consideram que a “medicação” é muito importante para o tratamento da PHDA, estes referem ainda, que a medicação melhora a atenção, diminui os comportamentos de agressividade e melhora o autocontrolo, o que também é confirmado por outros técnicos nomeadamente os médicos* (Lourenço, 2009, p. 141).

Nesse sentido, a tendência referida parece ir de encontro ao verificado em *estudos internacionais realizados com professores, estes revelam uma maior aceitação da intervenção farmacológica quer utilizada de uma forma isolada* (Glass & Weigar, 1990, *cit. in* Júlio, 2009, p. 111), *quer considerada em combinação com outras formas de intervenção* (Havey, 2007, *cit. in* Júlio, 2009, p. 111). Aqui, salienta-se a intervenção psicológica, realizada quer ao nível familiar, quer ao nível individual com o próprio indivíduo.

Salienta-se, ainda, que, tal como já anteriormente referido na descrição do questionário, os professores consideram relevante a “colaboração pais-escola”, no sentido de integrar os pais na vida escolar dos seus educandos, para uma melhor resolução dos problemas.

VI. Conclusão

A PHDA é um conceito complexo, sendo difícil compreender uma criança que aparentemente normal, torna-se cansativa e desgastante pela sua desobediência e incapacidade de seguir instruções ou orientações repetidas infinitamente.

Ao longo deste estudo foi possível confirmar a existência de muita controvérsia em torno da investigação na área da PHDA. Com efeito, para a sua compreensão e do ponto de vista epistemológico, acaba por ser mais simples a permuta de informações entre a Psicologia da Educação e a Psicopatologia do Desenvolvimento.

De acordo com o objetivo inicial de compreender a PHDA, conclui-se que a principal característica desta perturbação *é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento* (DSM-IV-TR, 2011, p. 85). Conclui-se, igualmente, que esta perturbação está relacionada com os problemas de aprendizagem, constituindo-se como um fator de risco para a emergência de sub-realização escolar.

A realização deste estudo permitiu aprofundar os conhecimentos nesta área e entender quais as perceções dos professores acerca desta problemática, situando assim a PHDA na realidade escolar atual.

Verifica-se, através da revisão da literatura, que o estudo das perceções dos professores é de extrema importância, pois será através da sua análise e compreensão que poderemos interpretar a verdadeira natureza dos comportamentos, bem como promover a eficácia das diferentes formas de intervenção. Porém, nesta área, as certezas são poucas, sobretudo para quem procura respostas sobre a forma de intervir junto destas crianças e adolescentes.

A maior dificuldade sentida ao longo da elaboração deste trabalho foi a seleção da informação mais relevante e científica a este nível.

Por todos esses aspetos, procurou-se dar uma visão, tanto quanto possível abrangente desta perturbação, assim como dos principais modelos teóricos e correspondentes abordagens terapêuticas.

No que diz respeito aos resultados obtidos, é importante refletir sobre o pouco conhecimento que os professores parecem ter sobre a PHDA, *tendo sido este identificado como um dos maiores obstáculos para responder às necessidades dos alunos com PHDA* (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto *et al.* 2000, cit. in Lourenço, 2009, p. 18).

Parece, assim, essencial continuar e aprofundar a investigação aqui iniciada, pois só compreendendo as crenças e representações dos docentes acerca desta perturbação, poderemos entender as suas expectativas e, desta forma, colocar em prática estratégias que vão de encontro às necessidades de ambas as partes.

Tem-se, também, consciência que o presente estudo apresenta limitações, por isso deixam-se algumas questões em aberto e que poderão ser tratadas em futuras investigações. No que diz respeito à amostra, o critério de seleção da mesma deveria ser revisto, pelo que se propõe para futuras investigações uma maior abrangência, quer em termos de número, quer em termos de localização, podendo daí surgir estudos comparativos mais aprofundados. Também no que diz respeito ao instrumento de pesquisa, o questionário, sentiu-se alguma dificuldade na aplicação de testes estatísticos que relacionassem todas as variáveis envolvidas, uma vez que em cada questão os professores podiam selecionar mais do que uma opção de resposta. Sugere-se aqui apenas uma alteração nesse critério, passando os professores a responder apenas a um item por questão, de modo a obter dados estatisticamente mais significativos que levem também a uma mais clara compreensão dos factos.

A PHDA apresenta-se como um promissor objeto de estudo, devendo a futura investigação perseguir uma maior precisão na definição das dimensões que caracterizam esta perturbação.

Tendo em conta toda a controvérsia e as contínuas mudanças na definição, conceptualização e até designação da PHDA, é razoável dizer que os modelos teóricos têm ainda um percurso desenvolvimental a realizar. Parece, assim, fundamental realizar-se novos trabalhos nesta área de investigação ou até mesmo aprofundar o trabalho aqui iniciado, uma vez que ficou demonstrado existirem evidências científicas que comprovam a relação entre a perceção dos professores e o sucesso das estratégias de intervenção aplicadas em contexto escolar.

Este estudo constitui-se como mais um avanço nesta área e foi sem dúvida entusiasmante a sua realização, na medida em que se considera que este poderá contribuir para um melhor entendimento da natureza dos comportamentos associados a esta perturbação e assim planear uma intervenção mais ajustada junto das crianças e adolescentes que sofrem com a PHDA.

VII. Referências Bibliográficas

1. Bibliografia

- Alemida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª ed. Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (2011). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. (texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores, pp. 85-93.
- Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos*. 2ª ed. Lisboa: verso da kapa, pp. 143-181.
- Barbosa, A. (2005). *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 9-28.
- Barbosa, A., Barbosa, G., & Amorim, G. (2005). *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barkley, R. (2002). *TDAH: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Benczik, E. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização Diagnóstica e Terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Costa, P.; Heleno, S., & Pinhal, C. (2010). *Juntos no Desafio – um guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso.
- García, I. M. (2001). *Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Lopes, J. A. (1998). *Necessidades Educativas Especiais: estudos de investigação*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, pp. 11-35.
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Neves, L. & Carvalho, R. (coord.) (2002). *O psicólogo em contexto escolar*. Vila Nova de Gaia: Centro de Formação Gaia Nascente.
- Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade – um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, pp. 442-460.

- Polaino-Lorente, A., & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva: Comportamentos, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Porto: Edições ASA.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ªed. Porto: Livpsic.
- Rigon, E. (2010). *Turbulento, Agitado, Hiperactivo: viver com uma criança furacão*. Casal de Cambra: Caleidoscópio, pp. 54-57.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Vásquez, I. (1993). Hiperactividade: Avaliação e Tratamento. In R. Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 159-184). Almada: Dinalivro.

2. Netgrafia

- Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (2009) *Home Page* [em linha]. Disponível em: <http://www.apdch.net/> [consultado em 03/04/2012].
- Baptista, M. (2010). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar -Estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Educação Especial publicada, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20-DEFINITIVA.pdf> [consultado em 09/04/2012].
- Barkley, R. (2000). *A Guiding Philosophy for Parents of Children with ADHD* [em linha]. Disponível em: <http://www.russellbarkley.org/images/BarkleyIntro.pdf> [consultado em 23/04/2012].
- Barkley, R. (2006). *The Nature of ADHD* [em linha]. Disponível em: <http://www.russellbarkley.org/images/BarkleyCh01.pdf> [consultado em 23/04/2012].
- Barkley, R. (2012). *The Important Role of Executive Functioning and Self-regulation in ADHD* [em linha]. Disponível em: http://www.russellbarkley.org/content/ADHD_EF_and_SR.pdf [consultado em 23/04/2012].
- Barkley, R., & Benton, C. (2010). *Taking Charge of Adult ADHD* [em linha]. Disponível em: http://www.russellbarkley.org/images/Taking_Charge_of_ADHD_chapter_excerpt.pdf [consultado em 23/04/2012].

- Díaz, M., Martínez, L., Edo, M., Silva, C., & Leache, E. (2009). Trastornos de la conducta en el niño y repercusión en la atención odontopediátrica. *JADA*, 4(5), pp. 250-255. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/25386/2/1645.pdf> [consultado em 10/04/2012].
- Fernandes, E. (2007). *Perturbação de Défice de Atenção e Hiperactividade no âmbito escolar* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico publicada, Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4748/1/2007001288.pdf> [consultado em 20/04/2012].
- Gomes, M., Palmini, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), pp. 94–101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf> [consultado em 25/05/2012].
- Jorge, M. (2007). *A Organização Narrativa em crianças com DHDA: Estudo exploratório sobre o impacto da medicação psico-estimulante na matriz narrativa* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8134/1/Tese%20final.pdf> [consultado em 04/04/2012].
- Júlio, A. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Psicologia Pedagógica publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/12136/1/Tese%20Ana%20Rita.pdf> [consultado em 03/04/2012].
- Lopes, C. (2009). *Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperactividade: Estudo para a aferição à população portuguesa* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico publicada, Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1050/1/2010000288.pdf> [consultado em 03/04/2012].
- Lopes, J. (1996). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em contexto de sala de aula: A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência* [em linha]. Dissertação de Doutoramento em Psicologia publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/174?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo. [consultado em 02/04/2012].
- Lourenço, M. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Educação Especial publicada, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperactividade%20e%20D%C3%A9fice%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Contexto%20Escolar%20-%20ISABEL%20LOUREN%C3%87O%20-%202009.pdf>. [consultado em 05/04/2012].

- Maia, C. (s.d). *Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção – um guia para professores* [em linha]. Disponível em: <http://cefopna.edu.pt/formacao/documentos/informacoes/DOCUMENTOS/Hiperactividade e PHDA 2 .pdf> [consultado em 09/04/2012]
- Malaca, I. (2008). *Hiperatividade com Défice de Atenção: Que soluções? Proposta de construção de um programa de formação de pais* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, pp. 8-12. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/736/1/17394_Hiperactividade_Isabel_Malaca.pdf [consultado em 03/04/2012].
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratórios de Psicologia*, 4(1), pp. 65-90. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf> [consultado em 05/04/2012].
- Merwood, A., & Asherson, P. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: a lifespan genetic perspective. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(4), pp. 33-46. Disponível em: www.emeraldinsight.com/journals.htm?issn=2044-1282&volume=5&issue=4&articleid=1943434&show=pdf [consultado em 02/05/2012].
- Santos, C. (2011). *A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Que perfis neuropsicológicos* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, pp. 4-27. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4864/2/ulfpie039639_tm_tese.pdf [consultado em 03/04/2012].
- Serra, H., & Leal, M. (2007). *Distúrbio Hiperactivo com Défice de Atenção e problemas de Aprendizagem* [em linha]. Cadernos de Estudo. N.º 5, pp. 117-125. Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/79/Cadernos_5DisturbioHiperactivo.pdf?sequence=2 [consultado em 05/04/2012].

VIII. Anexos

Anexo I

Subtipos da PHDA (DSM-IV-TR, 2011, pág.87)

Embora muitos sujeitos revelem sintomas tanto de falta de atenção como de hiperatividade-impulsividade em alguns um destes padrões é predominante. O subtipo adequado (para um diagnóstico atual) deve indicar-se em função do padrão sintomático predominante nos últimos seis meses.

314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Misto [F90.0]. Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção e 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistirem pelo menos durante 6 meses. Muitas crianças e adolescentes com a perturbação estão incluídos no Tipo Misto. Não se sabe se o mesmo é verdade para adultos com a perturbação.

314.00 Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8]. Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção (mas menos do que 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistirem durante pelo menos 6 meses. A hiperatividade pode ainda ser uma característica clínica significativa em muitos destes casos, enquanto noutros casos são simples faltas de atenção.

314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo [F90.0]. Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de 6 sintomas de falta de atenção) persistirem durante pelo menos 6 meses. Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa.

Anexo II

CrITÉRIOS de DiagnÓstico para a PHDA (DSM-IV-TR, 2011, pág. 92-93)

A. (1) ou (2)

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

Falta de atenção

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

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

Hiperatividade

- a) Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

- b) Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- c) Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);
- d) Com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- e) Com frequência “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;
- f) Com frequência fala em excesso;

Impulsividade

- g) Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- h) Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- i) Com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos);

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

C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].

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

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

QUESTIONÁRIO

SOBRE A PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DA ATENÇÃO (PHDA)

O questionário que se segue encontra-se integrado numa investigação no âmbito da realização do trabalho de dissertação para o Mestrado em Psicologia da Educação do Instituto Superior de Línguas e Administração de Gaia.

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar a perceção dos professores acerca da Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA).

A sua resposta a este questionário é de grande importância. O anonimato e confidencialidade serão garantidos.

Agradeço a sua colaboração.

Dados do(a) professor(a)

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: _____
3. Habilitações académicas: Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Outra?
☐ Qual? _____
4. Formação sobre PHDA? Sim ☐ Não ☐
 - 4.1. Tipo? Durante o curso ☐ Curso de Formação ☐ Seminário ☐ Pós-graduação
☐ Outra? ☐ Qual? _____
5. Tempo de serviço docente (em anos): _____
6. Escola onde leciona: _____
7. Ano(s) letivo(s) que leciona: _____
8. Data de preenchimento: ____/____/____

Instruções: Em seguida são colocadas algumas questões referentes à sua opinião sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA). Leia cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica. **Por favor responda a todas as questões.** A sua opinião é fundamental. *Assinale com uma cruz (X), a resposta que melhor se aplica.*

1. Este ano letivo, tem algum(alguns) aluno(s) com diagnóstico de PHDA na(s) sua(s) sala(s) de aula?

Sim	
Não	

2. Ao longo da sua prática profissional, com que frequência se tem deparado com alunos...

2.1. com PHDA diagnosticada?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

2.2. com suspeitas e sinais de PHDA?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

3. Qual considera ser o seu nível de conhecimento sobre a PHDA?

Nenhum	
Pouco	
Suficiente	
Bom	
Muito Bom	

4. De acordo com os seus conhecimentos e/ou experiência como classifica a gravidade da PHDA?

Muito ligeira	
Ligeira	
Moderada	
Grave	
Muito Grave	

5. Das seguintes características, quais são as que o levam, enquanto professor(a), a suspeitar de uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz (X), no máximo 5 opções].

1. Mexe-se muito como se estivesse sempre “ligado a um motor”	
2. Fala excessivamente	
3. Evita, exprime desagrado ou apresenta dificuldade em envolver-se em atividades que requeiram um esforço mental prolongado (tal como trabalhos escolares ou de casa)	
4. Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades	
5. Tem dificuldade em esperar pela sua vez	
6. Não dá atenção a detalhes e executa erros por descuido nos trabalhos escolares ou outras atividades	
7. Tem algumas dificuldades a nível das competências sociais	
8. Interrompe e interrompe-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros)	
9. Não consegue levar a cabo uma tarefa do princípio ao fim	
10. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	
11. Levanta-se, corre ou salta na sala de aula ou noutras situações em que tal é inadequado	

6. Na sua opinião, a PHDA condiciona a aprendizagem?

Sim	
Não	

7. Quais as características que considera prejudicarem mais o sucesso escolar dos alunos com PHDA? [Assinale com uma cruz (X), a(s) resposta(s) que considera mais adequada(s)].

Défice de Atenção	
Hiperatividade	
Impulsividade	

8. Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para o(s) aluno(s) com PHDA? [Assinale com uma cruz (X), a(s) resposta(s) que considera mais adequada(s)].

Medicação	
Colaboração pais-escola	
Terapia psicológica	
Apoio escolar	
Introdução de estratégias educativas na sala de aula	
Outro (indique qual): _____	

9. Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem um(a) aluno(a) com PHDA (suspeita ou diagnosticado) na sala de aula? [Assinale com uma cruz (X), a(s) resposta(s) que considera mais adequada(s)].

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

10. No caso de o encaminhar para um técnico, qual(uais) o(s) especialista(s) que recomendaria para lidar com uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz (X), a(s) resposta(s) que considera mais adequada(s)].

Professor (Ensino Regular)	
Professor de Educação Especial	
Médico de família	
Pediatra	
Psiquiatra	
Pedopsiquiatra	
Neurologista	
Psicólogo	
Outro (indique qual): _____	

Obrigada pela sua colaboração

Anexo IV

Pedido de Autorização

Vila Nova de Gaia, maio de 2012

Ex.^{mos} Senhores

Vimos, por este meio, solicitar a colaboração da empresa que V. Exa. representa para a realização de uma investigação na área da Psicologia da Educação, a ser realizada no período de 2 de maio a 15 de maio do presente ano letivo 2011/2012, pela aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Educação do ISLA Gaia, Mónica Alexandra da Silva Brites Couto.

Esta investigação tem como principal finalidade a aplicação de um questionário aos professores a exercerem funções nesta escola para o estudo da Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção em contexto escolar, no âmbito da realização do trabalho de dissertação para o Mestrado em Psicologia da Educação.

A Instituição, juntamente com a aluna, garante desde já o tratamento confidencial de toda a informação recolhida e tratada no âmbito deste trabalho curricular.

Certos do vosso precioso contributo para a formação da estudante, e agradecendo desde já a vossa colaboração, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos.

A coordenadora do Mestrado

A aluna

Prof.^a Dr.^a Maria Paula Campos

Mónica Couto

