



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA



FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

**PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO EM
CONTEXTO ESCOLAR**
**ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS PERCEÇÕES DOS PROFESSORES SOBRE O IMPACTO
COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM PHDA EM ESCOLAS DO 1º CICLO**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial

ORIENTADORA: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

JURI:

PRESIDENTE: Professor Doutor Pedro Jorge de Parrot Morato, Professor Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

VOGAIS: Professora Doutora Maria João Rama Seabra Santos, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Maria da Graça Fernandes Baptista

2010



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA



FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

**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**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial

ORIENTADORA: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

JURI:

PRESIDENTE: Professor Doutor Pedro Jorge de Parrot Morato, Professor Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

VOGAIS: Professora Doutora Maria João Rama Seabra Santos, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Maria da Graça Fernandes Baptista

2010

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria ganho corpo de não fosse o apoio de várias pessoas que nele acreditaram e contribuíram para que se tornasse realidade. Por isso, começo por agradecer à Professora Doutora Ana do Nascimento Rodrigues, minha orientadora, pela motivação, críticas e sugestões que ao longo deste percurso tanto contribuíram para que se concretizasse. Agradeço ainda a disponibilidade e simpatia com que sempre me recebeu, transmitindo-me aquela energia que tanto precisava, e me ajudou a não desistir.

Aos Agrupamentos de Escolas que participaram neste estudo, em especial aos professores, agradeço a possibilidade de aplicar os questionários, sem os quais não teria sido possível a realização deste projecto. Um agradecimento especial aos professores da Escola Sylvia Philips, em Carnaxide, onde presto serviço, pela disponibilidade imediata que manifestaram em participarem no mesmo.

À Liga Portuguesa dos Deficientes Motores, onde prestei serviço durante oito anos, por me ter revelado o lado da diferença no mundo, e me ter encaminhado para o curso que serviu de base a esta investigação.

Às crianças com quem trabalho, pelo sorriso com que me presenteiam diariamente, mesmo com todas as condicionantes que as suas vidas envolvem, fazendo-me acreditar que vale a pena.

Às minhas colegas de mestrado: Sara, Sandra e Sílvia, pela força que sempre me deram, nos momentos mais complicados, através da velha máxima “tudo se faz e tudo se consegue!”. Agradeço ainda os momentos de franco divertimento que me proporcionaram e me ajudaram a seguir em frente.

À minha família, onde tudo faz sentido. Ao Tomás e ao Paulo pelos sorrisos que nunca abandonaram os seus rostos, mesmo com a mãe ausente e pelo incentivo que sempre demonstraram “Mãe, tu vais conseguir!”.

Ao Luís agradeço o apoio desde o primeiro momento, sobretudo na decisão de me inscrever no curso de mestrado, e na paciência demonstrada em aguardar pelo fim desta caminhada...

RESUMO:

Objectivo: A PHDA é um dos diagnósticos mais frequentes em crianças em idade escolar. O desenvolvimento de comportamentos anti-sociais e relacionais com pares e professores é um risco acrescido para estas crianças, resultando em dificuldades de adaptação no contexto escolar. Neste estudo, analisamos as percepções de professores sobre o impacto que os problemas de comportamento destas crianças causam no quotidiano escolar. Para o efeito, comparamos, um grupo de crianças com diagnóstico de PHDA e um grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA, a frequentarem o 1º Ciclo do Ensino Básico, em Agrupamentos de Escolas do Conselho de Oeiras e de Lisboa.

Metodologia: Participaram neste estudo vinte e cinco (N=25) professores de crianças com e sem diagnóstico de PHDA, seleccionadas nas turmas de leccionação de cada professor participante. Fundamentamos a recolha de dados com base no preenchimento do “School Situations Questionnaire” (Barkley, R., 1997), e da Escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida), (Conners, - 1997), o primeiro adaptado para este estudo e a segunda adaptada e traduzida por Ana Rodrigues (2003). Recorreu-se a uma análise estatística descritiva (distribuição de frequências e medidas de tendência central), não paramétrica, para análise das respostas.

Resultados: Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados para todos os problemas assinalados pelos professores e quanto ao score médio de impacto que causam no contexto escolar. Verifica-se também uma correlação significativa, com um coeficiente de correlação moderado a elevado, entre o Score de Déficit de Atenção e Hiperactividade (SDAH) e o Número de Problemas Assinalados (NPA) e o Score Médio de Problemas (SMP).

Conclusão: De acordo com as percepções dos professores, apuramos que crianças com PHDA diferem dos seus pares sem PHDA, quanto ao comportamento e conseqüente impacto que causam no contexto escolar. Crianças que apresentam sintomatologia condizente com o índice de PHDA, provavelmente, apresentam também, maior frequência e maior grau de impacto de problemas de comportamento, no contexto escolar.

Palavras-chave: PHDA, Professor; Percepção; Atitude; Escola; Impacto

ABSTRACT:

Objective: ADHD is one of the most common diagnoses within school age children. The development of antisocial and anti-relational behaviors towards peers and teachers is an additional risk to these children, causing adaptation difficulties at school.

In this study, we analyze teachers' perceptions about the effects these children behavior problems have within school environment. Thus, we compare two groups of children: one with ADHD diagnosis to another with no ADHD diagnosis, both attending Oeiras and Lisbon primary schools.

Method: A sample of twenty-five teachers (N=25), having children with and without ADHD diagnosis in their teaching classes, take part in our study. Our data is based on the filling in of two documents: the School Situations Questionnaire (Barkley, R., 1997) and the Conners Checklist for Teachers – revised version (reduced version), (Conners, 1997), the first one adapted for this study and the second one translated and adapted by Ana Rodrigues (2003). The answers to both the questionnaire and the checklist were analyzed by using a descriptive statistical method (frequency distribution and central tendency measures), a non parametric analysis.

Results: There are statistically significant differences between the two analyzed groups of children, concerning the set of problems marked by the teachers and the average score of its effects within school environment. There is also a significant correlation (correlation factor from moderate to high) among the Attention and Hyperactivity Deficit Score (AHDS), the Number of Marked Problems (NMP) and the Problems Average Score (PAS).

Conclusion: According to teachers' perceptions, children with ADHD differ from their peers with no ADHD, concerning their behavior and its consequent effects within school environment. Children exhibiting ADHD symptomatology also exhibit behavior problems at a higher frequency and with larger effects within school environment.

Key-Words: ADHD; Teacher; Perceptions; Attitudes; School; Impact.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO:.....	IV
ABSTRACT:.....	V
ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
ÍNDICE DE ANEXOS	IX
NOTA INTRODUTÓRIA	11
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I.....	16
Enquadramento Teórico.....	16
1– A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.....	16
1.1 – A evolução do conceito	16
1.2 – Definição.....	23
1.3 – Etiologia.....	32
2 – Áreas de funcionamento.....	39
2.1 – Défice de Atenção	40
2.2 – Impulsividade	42
2.3 – Hiperactividade.	43
3 – Problemas associados.....	44
3.1 – Desempenho escolar	45
3.2 – Desempenho social e comportamental.	49
4 – Intervenção	53
4.1 – Intervenção em contexto escolar	55
4.2 – Intervenção farmacológica.....	61
5 – As percepções e atitudes do professor	64
5.1 – As percepções do Professor	64
5.2 – As atitudes dos Professores.....	66
5.3 – As percepções e atitudes do Professor face à PHDA	69
CAPÍTULO II	89
Problemática e Metodologia	89
1 – Definição do problema.....	89
2 – Metodologia.....	91
2.1 – Objectivo de Estudo	91
2.1.1 – Amostra	92
2.1.2 – Caracterização dos participantes:.....	93

2.2 – Desenho do Estudo	97
2.3 – Instrumentos de Pesquisa e Adaptação.....	98
2.3.1 – Questionário de Situações Escolares.....	98
2.3.2 – Escala de Conner, 's para professores – versão reduzida (Conners, 1997).....	99
2.4 – Procedimentos de recolha de dados.....	100
2.5 – Procedimentos de Tratamento dos dados.....	101
CAPÍTULO III	103
1 – Apresentação e Análise dos Resultados.....	103
1.1 – Distribuição de Frequência de Problemas	103
1.2 – Impacto	107
1.3 – Diferenças de Grupos	111
1.4 – Correlações entre o Score de Défice de Atenção e Número de Problemas Assinalados e Score Médio de Problemas	114
2 – Discussão de Resultados	115
2.1 – Número de Problemas Assinalados.....	115
2.2 – Impacto	118
2.3 – Diferenças de Grupos	121
LIMITAÇÕES:.....	123
CONCLUSÃO:	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	133

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 –DSM IV - Critérios de diagnóstico para PHDA.....	28
Tabela 2 – Distribuição dos professores por sexo, idade e tempo de serviço.....	94
Tabela 3 – Distribuição dos professores por escola, ano de leccionação e formação acadêmica.....	95
Tabela 4 –. Experiência dos professores face à PHDA.....	95
Tabela 5 – Distribuição das crianças por sexo, idade e ano de escolaridade.....	96
Tabela 6 - Distribuição das crianças por diagnóstico e toma de medicação.....	97
Tabela 7 – Frequência de problemas Grupo Total.....	103
Tabela 8 – Frequência de problemas Grupo de Comparação.....	105
Tabela 9 – Frequência de problemas Grupo de Estudo.....	106
Tabela 10 – Número médio de Problemas assinalados por Grupo.....	107
Tabela 11 – Grau médio de impacto dos problemas assinalados no GC.....	108
Tabela 12 – Grau Médio de Impacto dos problemas assinalados GE.....	109
Tabela 13: Frequência dos 10 itens mais assinalados e de maior impacto para o GE.....	110
Tabela 14 –Score médio de impacto de problemas assinalados, por grupo.....	111
Tabela 15 – Diferenças de Grupos segundo Número de Problemas Assinalados.....	111
Tabela 15 – Diferenças de Grupo segundo Número de Problemas Assinalados (cont.).....	111
Tabela 16 – Análise das diferenças entre o GE e o GC.....	113
Tabela 17 – Análise das diferenças do SMP entre o GE e o GC.....	114
Tabela 18 – Coeficientes de correlação de Spearman entre o índice de PHDA e NPA, SMP no GE.....	114

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para realização do projecto de investigação.....	133
Anexo 2 – Consentimento autorizado para professores participantes.....	136
Anexo 3 – Questionário de Situações Escolares (Adaptado do “School Situations Questionnaire” (Barkley, R.,1997).....	137
Anexo 4 – Escala de Conners para Professores – versão revista (Forma Reduzida) (Conners, - 1997).....	140

“- Cada aluno toca o seu instrumento, não vale a pena contrariá-lo. A delicadeza está em conhecer bem os músicos e encontrar a sua harmonia. Uma boa turma não é um regimento que acerta o passo e marcha, é uma orquestra que estuda a mesma sinfonia. E se herdamos o pequeno triângulo que só faz ting-ting, ou o berimbau que só faz boing-boing, o que interessa é que o façam no momento certo, o melhor possível, que se tornem um excelente triângulo, um irrepreensível berimbau e que se sintam orgulhosos da qualidade que o seu contributo confere ao conjunto. Como o gosto da harmonia conduz ao progresso de todos, o pequeno triângulo acabará também ele por aprender a música, talvez não tão brilhantemente como o primeiro violino, mas tocará a mesma melodia.”

Daniel Pennac

In Mágoas de Escola

NOTA INTRODUTÓRIA

Nos últimos anos temos assistido a uma série de alterações no sistema educativo português, que tocam todos aqueles que dele fazem parte: professores, alunos, famílias e decisores políticos. As novas regras de gestão do parque escolar, os novos concursos de professores, o novo estatuto do aluno bem como a recente alteração ao enquadramento legal da Educação Especial são disso exemplo.

A escola, pensada há décadas, para responder a necessidades de formação de grandes massas, idealizada como instrumento de justiça e de igualdade social, trouxe até si, alunos dos mais variados sectores sociais e culturais. Preparada para responder a um aluno padrão, a escola vê-se confrontada com a diversidade para a qual não tem resposta. As diferenças e características individuais defrontam-se assim, com currículos universais que privilegiam saberes clássicos em detrimento de outros mais práticos e funcionais. Em resultado deste confronto temos o tão apregoado abandono escolar por parte daqueles que, por força da sua individualidade não se ajustam a este espartilho.

Um pouco por todo o mundo chegam-nos ecos destas constatações. O apelo a uma educação para todos em igualdade de oportunidades, respeitando diferenças individuais, é equacionado em vários encontros internacionais. São disso exemplo a “Declaração Mundial Sobre Educação Para Todos”, adoptada na Conferência de Jomtien na Tailândia, em 1990, onde se declara que “toda a pessoa – criança, adolescente ou adulto – deve poder beneficiar duma formação concebida para responder às suas necessidades fundamentais (UNESCO, 1996, pág. 107).” A aquisição de competências essenciais de aprendizagem (leitura, escrita, expressão oral, resolução de problemas) bem como de conteúdos educativos fundamentais (conhecimentos, aptidões, valores e atitudes), são aqui enumerados, como o passaporte para qualquer ser humano sobreviver, desenvolver todas as suas faculdades, viver e trabalhar com dignidade, participar no desenvolvimento, melhorar a qualidade da sua existência, tomar decisões esclarecidas e continuar a aprender. (UNESCO, 1996)

Corroborando esta meta, o Fórum Mundial da Educação, realizado em Dakar em Abril de 2000, promovido também pela UNESCO, reafirma novamente a necessidade de um empenhamento, por parte dos diferentes estados, na Educação para Todos, com a

finalidade de promover o acesso de todas as crianças a uma educação básica, gratuita e de boa qualidade.

Entre estes dois encontros realizou-se um outro, em Salamanca (1994) que trouxe à luz do dia a importância de um outro conceito, o de “escola para todos”. Considera-se a partir daqui que todos os alunos pertencem à escola e que todos devem aprender juntos, com respeito pelas suas características individuais. Este conceito de “escola para todos” perspectiva assim, novas linhas de actuação para uma escola que se quer diferente, responsabilizando-a pelo reconhecimento e satisfação das diferentes necessidades dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, garantindo assim, um bom nível de educação para todos. (UNESCO, 1994)

De entre as referências anteriores sobre as transformações actuais da educação o conceito de “diversidade” distingue-se entre os demais. É a ele que a escola tem de dar resposta, materializado nas diferenças individuais de cada aluno que recebe, que podem ir desde a origem étnica, a uma língua materna diferente, a uma perturbação do desenvolvimento, a uma deficiência, etc. Implementar e concretizar estas premissas implica sobretudo, tomar consciência de várias questões relacionadas com a organização de serviços ao nível da escola e principalmente com as práticas educativas materializadas nas atitudes e percepções dos professores.

INTRODUÇÃO

A gestão de comportamentos em contexto escolar constitui actualmente, um desafio acrescido para todos quantos lidam com a população escolar, particularmente para os professores. Esta problemática tornou-se tão importante, que em Portugal suscitou, a revisão do estatuto do aluno do Ensino Básico, em grande medida por questões relacionadas com a incapacidade de intervenção dos professores ao nível disciplinar.

A elevada percentagem deste tipo de problemas nas escolas, bem como as dúvidas que a sua maioria acaba por lançar sobre a prática docente, são duas das razões, que concorrem para a instabilidade que causa nos Professores. Acresce ainda o facto, de se poderem tornar permanentes e impedirem assim, que os alunos visados tenham um percurso de vida ajustado (Perez, 1994).

Para os professores são estes alunos que necessitam mais da sua energia, atenção, paciência e tempo e em muitos casos são o motivo da sua própria frustração enquanto profissionais da Educação. É também aceite que são alunos difíceis de ensinar, que fazem progressos muito lentamente e requerem por vezes uma intervenção especializada (Brophy, 1996). Assim, Professores e alunos são afectados por esta problemática, causando a uns, instabilidade e frustração e a outros, comprometendo um dos seus principais percursos de vida.

A face mais conhecida de uma das perturbações do desenvolvimento mais comum em crianças em idade escolar é precisamente a questão comportamental. Caracterizada pela profunda desadaptação que provoca nos diferentes contextos de vida dos sujeitos, entre os quais se encontra o contexto escolar, a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, adiante PHDA, apresenta-se como uma realidade cada vez mais frequente na escola, com a qual toda a comunidade tem de lidar.

É típico desta perturbação um comportamento verdadeiramente desorientador, sobretudo em contexto de sala de aula, dado que se tratam de crianças irrequietas, impulsivas e desatentas. Muitas vezes apelidadas de “preguiçosas”, “imaturas” e “mal-educadas”, estas crianças conferem ao contexto escolar, uma dinâmica muito diferente daquilo que se espera do seu normal funcionamento. Esta situação tem origem no quadro sintomatológico que apresentam e conduz ao aparecimento de desajustes na

esfera académica, do comportamento e das relações sociais, principais responsáveis pelo seu fracasso escolar.

Embora esta perturbação arraste consigo uma série de controvérsias, ao nível da sua definição, da sua etiologia e da forma mais correcta de intervenção, não se pode ignorar que estas crianças apresentam dificuldades em algumas áreas do seu desenvolvimento, passíveis de beneficiarem de intervenção (Rodrigues, 2008). Neste sentido, importa salientar o papel do professor neste processo, já que a escola é o contexto onde as crianças passam a maior parte do dia, e no caso particular das crianças com PHDA, aquele que acarreta mais dificuldades de ajustamento. Por isso a investigação tem realçado o papel do professor, nomeadamente no que diz respeito às referências destas crianças para intervenção da educação especial, que abrange uma percentagem de 75% (Loyd et al, 1991, cit. Sciutto et al, 2000) de todas as que são referenciadas àquele serviço e por serem considerados o meio de informação mais fidedigno do comportamento da criança. Não menos importantes e por isso alvo de estudo também, têm sido as concepções e crenças que pais, professores e técnicos em geral apresentam sobre a perturbação, uma vez que alguns autores (Pelham Wheeler & Chronis, 1998) consideram que estas concepções podem influenciar a intervenção.

Assumindo que o professor é o mais bem colocado agente educativo para avaliar as situações problemáticas que surgem em contexto escolar é através da sua perspectiva que enquadrámos o nosso trabalho de investigação, cujo principal objectivo é perceber se os professores percebem o comportamento de crianças com PHDA de forma diferente dos seus pares sem PHDA e se o mesmo difere também, quanto ao impacto que causa em contexto escolar.

Com base numa revisão da literatura sobre os aspectos enunciados, apresentamos num primeiro momento deste trabalho, a delimitação do conceito de PHDA, com especial relevo para a sua evolução, natureza e etiologia.

De seguida, serão abordadas as áreas de funcionamento da PHDA e os principais problemas que lhe estão associados, nomeadamente no que diz respeito ao comportamento, desempenho académico e relações sociais. Serão abordados ainda os subtipos da perturbação.

Na continuação, daremos conta das implicações da PHDA no contexto escolar, considerando os aspectos referentes à intervenção no próprio contexto, com referência para o seu suporte conceptual e para os diferentes tipos de intervenção utilizados em sala de aula. Faremos referência ainda à intervenção farmacológica.

Na parte final deste primeiro capítulo, daremos evidência às percepções e atitudes dos professores face à PHDA, destacando a influência que as mesmas podem ter no âmbito da PHDA em contexto escolar. Analisamos e apresentamos para o efeito alguns estudos nacionais e internacionais.

Feito o enquadramento teórico, será apresentada a nossa investigação, com início na formulação do problema. Posteriormente reportamo-nos à metodologia, referindo os objectivos de estudos, a selecção da amostra e a caracterização dos participantes.

No seguimento, daremos conta do desenho do estudo, dos instrumentos de pesquisa e identificaremos o método de recolha de dados bem como os respectivos procedimentos de tratamento de dados.

No capítulo que se segue serão analisados e apresentados os dados recolhidos, seguindo-se a discussão de resultados de acordo com três organizadores principais: problemas, impacto e diferenças de grupo.

No último capítulo apresentamos as conclusões, verificando se os objectivos de investigação foram ou não atingidos, e propondo algumas perspectivas de estudos futuros, no âmbito da intervenção da PHDA em contexto escolar.

CAPÍTULO I

Enquadramento Teórico

1– A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

1.1 – A evolução do conceito

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) tal como a conhecemos hoje, na sua definição, foi sofrendo várias alterações ao longo do tempo. Na base dessas alterações estão dois modelos explicativos e de abordagem a esta perturbação. Por um lado, o modelo de origem anglo-saxónico, especialmente a investigação norte americana, que preconiza um diagnóstico formal e criterioso desta perturbação e, por outro lado, o modelo de origem francófona, que, enquadra esta perturbação dentro da área dos Distúrbios Psicomotores e das Desarmonias Evolutivas, definindo-a como Instabilidade Psicomotora. Estes dois modelos têm concepções distintas sobre a PHDA, já que o primeiro se fundamenta na Neuropsicologia e o segundo na Psiquiatria francesa, ligado à psicanálise (Rodrigues & Encarnação, 2006).

Assim sendo, as primeiras descrições de sintomas semelhantes às que hoje se associam à PHDA, encontram-se em estudos de finais do século XIX na Inglaterra e na França. De acordo com Fonseca (1998), Ireland (1877), refere-se “à importância da hiperactividade como um sintoma de crianças atrasadas mentais” e Bourneville (1897) descreve um grupo de crianças caracterizado por apresentarem instabilidade, falta de atenção e mobilidade excessiva ou descoordenada (Fonseca , 1998, p.12). Alguns anos mais tarde, já no início século XX, aparecem as primeiras referências, de cariz científico à PHDA, através dos estudos de George Still e Alfred Tredgold. O primeiro autor faz referência a sintomas de “agressividade”, “resistência à disciplina” e “problemas sérios de atenção”, num grupo de 43 crianças (Barckley, 2006). Estes sintomas eram observados mais em rapazes do que em raparigas e para os designar Still utilizou a expressão “défice de controlo moral”. A origem destes sintomas era atribuída “a alguma deficiência de tipo biológico [...] resultante de acidentes pré ou pós natais”. Assumindo uma perspectiva idêntica, o segundo autor, inicia a utilização do conceito “lesão cerebral mínima” que se manteve durante muito tempo. (Fonseca, 1998, p.12).

A perspectiva de se associar a hiperactividade a lesões cerebrais, ou seja a uma origem orgânica, ganhou mais relevo aquando da epidemia de encefalite na Europa e nos EUA

no fim da primeira guerra mundial (1917-1918). Os médicos da altura, depararam-se com um grande número de crianças que sobreviveram a esta infecção cerebral, mas apresentavam muitas sequelas a nível cognitivo e comportamental (Cantwel, 1981; Kessler, 1980; Stewart, 1970; cit in Barkley, 2006). Neste sentido, Fonseca, (1998) menciona que muitas destas crianças apresentavam comportamentos muito semelhantes aos que se incluem hoje na categoria de hiperactividade, (Hojman, 1922; Ebaugh, 1923; cit in Fonseca, 1998, p.12), sendo descritas como limitadas na sua atenção, na regulação da actividade e na impulsividade. 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 encefalítico do comportamento” (Barkley, 2006, p.5).

A matriz orgânica da hiperactividade foi permanecendo ao longo do tempo através de outras designações conhecidas: impulsividade orgânica, lesão cerebral mínima, hipoxicia, excitação do sistema nervoso e disfunção cerebral mínima, sustentada pelo facto das crianças observadas apresentarem muitas semelhanças com indivíduos com lesões orgânicas (Fonseca, 1998). Neste sentido, Barkley (2006) refere que o mais notável na época foi o reconhecimento das semelhanças entre a hiperactividade em crianças e as sequelas comportamentais de lesões do lobo frontal em primatas. Estas lesões provocavam agitação excessiva, pouca capacidade de sustentar o interesse nas actividades, excesso de apetite, entre outras mudanças de comportamento (Blau, 1936; cit in Barkley,2006). Contudo, esta concepção, foi rapidamente colocada em causa, sobretudo o conceito de lesão cerebral mínima, uma vez que era muito difícil perceber-se como é que uma criança que não tinha registo de nenhuma lesão cerebral, poderia ter uma perturbação que derivava dessa mesma hipotética lesão (Barkley, 2006). Por este motivo, este conceito veio a ser substituído pelo de disfunção cerebral mínima argumentando-se na altura, que mesmo sem haver lesão cerebral os mecanismos cerebrais apresentavam défices funcionais (Silver, 1990, cit in Lopes, 2004).

A par desta concepção, apareceram outras tentativas de explicação da PHDA, nomeadamente, a psicodinâmica. Na Europa Heuyer (1914, cit in Fonseca, 1998) relaciona a hiperactividade com distúrbios do carácter ou instintos morais e nos EUA, ela aparece ligada a manifestações de conflitos inconscientes não resolvidos, decorrentes de perturbações na relação entre pais e filhos. Esta concepção, de que pais perturbados ou ambientes familiares desajustados são responsáveis pela hiperactividade,

perdura até aos nossos dias, sobretudo da parte daqueles que são mais críticos em relação à PHDA (Barkley, 2006, p.6).

Nesta fase, a concepção de hiperactividade assentava essencialmente numa origem orgânica, ignorando completamente os factores ambientais e sociais (Scharchar, 1986; Barkley, 1990 cit in Lopes, 2004), que actualmente são considerados essenciais tanto no que se refere à avaliação como à intervenção.

Os anos sessenta são considerados por Barkley (1990, cit in Lopes, 2004) um marco na definição da PHDA, uma vez que as manifestações comportamentais da hiperactividade começam a ganhar ênfase. É com a publicação de um artigo de Chess (1960, cit in Lopes, 2004) que o excesso de actividade passa a ser considerado sintoma central da perturbação; é realçada a necessidade de se obterem evidências sintomatológicas objectivas, independentemente da apreciação de pais e professores; os pais deixam de ser responsabilizados pelos problemas dos filhos; e os conceitos de “síndrome de hiperactividade” e “síndrome de lesão cerebral” são separados, passando a ser considerados distintos (Barkley, 1990; cit in Lopes, 2004, p. 23). No fim da década, aparece pela primeira vez, a definição da perturbação, descrita na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria. A definição reporta-se à Reacção Hiperkinética da Infância como sendo uma doença caracterizada pela “hiperactividade, inquietação, distracção e défice de atenção, especialmente em crianças pequenas; geralmente, o comportamento diminui com a adolescência” (DSM II, 1968, cit in Barkley, 2006, p. 9).

No fim da década de sessenta, a hiperactividade era considerada um síndrome de disfunção cerebral, não atribuído a danos cerebrais, mas sim, ao funcionamento de determinados mecanismos do cérebro. A perturbação era vista como um conjunto homogéneo de sintomas, com destaque para o excesso de actividade ou hiperactividade. Acreditava-se que seria superada pela puberdade com tratamentos de curto prazo com recurso a medicação psico estimulante, psicoterapia e com o mínimo de estimulação nas salas de aulas (Barkley, 2006, p. 9).

A partir dos anos setenta a hiperactividade deixa de ser o factor essencial da PHDA para dar lugar aos problemas de atenção. É com os trabalhos de Douglas e colaboradores (1972, cit in Fonseca, 1998) que as características centrais das crianças hiperkinéticas passam a ser o défice de atenção prolongado e de controlo da impulsividade. Esta

concepção passa a estar patente no DSM III (APA, 1980 cit in Fonseca, 1998) onde o distúrbio hiperactivo da infância passa a designar-se por Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade. Considera-se que a criança tem o distúrbio mesmo quando há apenas problemas de atenção sem hiperactividade. Aparecem assim, as duas subcategorias do distúrbio: distúrbio de Défice de Atenção com e sem Hiperactividade (Fonseca, 1998). A este propósito, Barkley (2006) refere, que os anos setenta foram muito importantes para a definição e conceptualizações actuais da PHDA, uma vez que permitiram o enquadramento do défice de atenção como um dos sintomas essenciais na sua definição e produziram inúmeros estudos científicos sobre a sua etiologia, terapêutica e avaliação.

Numa fase posterior, já nos anos oitenta, o conceito de PHDA, volta a ter como elemento central a hiperactividade, juntamente com os problemas de atenção e impulsividade (Fonseca, 1998, p.13). Esta situação deve-se em grande parte aos inúmeros estudos realizados nesta época e que tornaram esta perturbação na mais estudada da infância. Deu-se ênfase ao desenvolvimento de mais critérios de diagnóstico específicos e ao diagnóstico diferencial da hiperactividade face a outros transtornos psiquiátricos (Barkley, 2006).

A “Reacção hiperactiva da Infância”, consagrada no DSM III (APA, 1968, cit in Lopes, 2002) passa a dar pela designação de “Distúrbio de Défice de Atenção” (DSM-III-APA, 1980, cit in Lopes, 2002) e posteriormente, por Distúrbio Hiperactivo e de Défice de atenção (DSM II-R, 1987, cit in Lopes, 2002). Como se verifica pela evolução da designação nas várias versões do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, a Hiperactividade passa a ser considerada novamente um elemento central na definição da PHDA (Fonseca, 1998).

Nesta década, a PHDA era considerada uma condição de desenvolvimento incapacitante, geralmente crónica, com uma forte predisposição biológica ou hereditária, constituindo um impacto negativo significativo nos resultados académicos e na vivência social de crianças por ela afectadas. O seu grau de severidade, de comorbilidade e as suas consequências, são vistos como dependentes de factores ambientais, especialmente de factores familiares. O tratamento era equacionado com recurso a vários métodos e profissionais, durante longos períodos de tempo, incluindo

reintervenções periódicas, de acordo com as necessidades, de modo a melhorar o prognóstico a longo prazo. O foco da intervenção foi deslocado para a família, ao nível dos problemas parentais e das disfunções familiares; e nas crianças, para o controle da raiva e das competências sociais. Foi também demonstrado o papel dos antidepressivos tricíclicos e dos anti-hipertensivos ao nível do controle da sintomatologia da PHDA (Barkley, 2006, p.31).

Estes desenvolvimentos deram origem, nos EUA a uma grande controvérsia junto da população em geral, que ficou extremamente sensibilizada e alarmada com o uso crescente de medicação estimulante no tratamento desta perturbação. Ao mesmo tempo, surgiram as primeiras associações de apoio a pais de crianças com PHDA, que tiveram um papel fundamental na desmistificação do uso da medicação, através de descrições mais precisas e detalhadas sobre a PHDA e do seu tratamento. Segundo Barkley (2006), este facto foi muito importante, uma vez que permitiu, a chegada de informação à generalidade da população, esclarecendo, por exemplo, que a hiperactividade e os comportamentos disruptivos decorrentes de uma deficiência de base biológica, nas crianças, podem ser atenuados ou aumentados pelo ambiente social e não pelo facto das crianças terem “maus pais” ou devido à dieta que façam (Barkley, 2006, p.32).

A década que se seguiu foi pautada por uma série de desenvolvimentos notáveis, sendo o mais importante o aumento de pesquisas sobre a base biológica e genética da perturbação. Estes desenvolvimentos permitiram relacionar a base da PHDA com factores genéticos e neurológicos e não tanto com factores sociais ou ambientais como se acreditava. Passou a ser reconhecida a ideia de que um défice na inibição comportamental poderia ser a característica da PHDA que mais facilmente a distinguiu de outras perturbações mentais e de desenvolvimento e que estaria associado com uma dificuldade significativa no desenvolvimento típico da auto-regulação (Barkley, 2006, p. 36). Foi também aventada a hipótese do subtipo predominantemente desatento, sem comportamento hiperactivo – impulsivo, constituir uma desordem distinta dos subtipos hiperactivo - impulsivo ou tipo combinado (Barkley et al., 1992; Goodyear & Hynd, 1992; Lahey & Carlson, 1992 cit in Barkley, 2006).

Como se percebe pelas referências anteriores, o conceito de PHDA, na década de noventa, encerra em si várias perspectivas de análise. Fruto de toda a investigação que se foi desenvolvendo nas décadas anteriores, ele engloba a sua própria definição no que

diz respeito às suas causas e sintomas, que ao longo do tempo foram sofrendo várias alterações, assumindo à data uma origem de base biológica e genética e onde as suas dimensões essenciais, estão longe de ser consensuais. Neste aspecto, a questão é saber se se trata de hiperactividade, de desatenção, de impulsividade ou duma combinação específica de todas (Lopes, 2002). Em resposta a estas incertezas a lista de sintomas da PHDA constante do DSM - IV (APA; 1994 cit in Lopes, 2002) agrupa, a um lado os sintomas de “hiperactividade – impulsividade” e a outro, os sintomas de “desatenção” (p.52). Esta classificação dá origem a três subtipos de crianças com PHDA: (1) crianças predominantemente hiperactivas/impulsivas; (2) crianças predominantemente desatentas e (3) crianças com os dois tipos de características anteriores, ou seja, com hiperactividade do tipo combinado (Fonseca, 1998; p.17). O DSM - IV passa a considerar a necessidade do despiste desta perturbação, atender aos vários contextos de vida da criança com especial atenção para o contexto escolar, nomeadamente para a sala de aula. Neste sentido, atribui um papel especial aos professores, como observadores privilegiados da manifestação sintomatológica da PHDA (Lopes, 2004).

O conceito de PHDA passou a considerar também outros factores no apuramento da sua definição. Barkley (2006) refere a questão da comorbilidade como tendo delimitado um importante subgrupo de crianças com PHDA, possibilitando uma maior compreensão na forma como os transtornos coexistentes com a perturbação podem influenciar o funcionamento familiar, o sucesso académico, o curso e o resultado, e até mesmo a resposta ao tratamento da PHDA (p. 36). Aqui se incluem o Distúrbio de Oposição, o Distúrbio de Conduta e as Dificuldades de Aprendizagem (Lopes, 2004).

Para o fim da década de noventa, a visão da PHDA foi evolutivamente menos benéfica, em resultado dos vários estudos transversais realizados e que documentam a persistência de dificuldades no funcionamento adaptativo na vida adulta de algumas pessoas diagnosticadas com PHDA na infância (Barkley, 2006; p. 36).

A chegada do ano dois mil não traz grandes alterações ao conceito da PHDA. As tendências da década anterior mantêm-se, com especial relevo para a publicação de várias pesquisas sobre hereditariedade, genética molecular e neuroimagem. Confirma-se a base hereditária da PHDA e podem ter-se descoberto “genes candidatos”, relacionados com a perturbação. Foram também identificadas novas regiões cromossómicas, que podem estar relacionadas com a PHDA, embora necessitem de maior investigação para

confirmação. Não surgiram novas teorias sobre a PHDA, no entanto as teorias existentes, a par com o avanço das neuroimagens, impulsionaram ainda mais a investigação sobre a perturbação com base na neuropsicologia. Assim sendo, a perspectiva da neuropsicologia continua a reforçar a ideia de que a PHDA constitui um problema ao nível da inibição comportamental e que os problemas de atenção a ela associados “representam défices neuropsicológicos num amplo domínio do funcionamento executivo principalmente na memória de trabalho” (Barkley, 2006; p.36 - 37).”

O conceito de PHDA como podemos verificar abarca várias perspectivas de investigação cujo objectivo é o de se encontrar uma definição livre de controvérsias e o mais consensual possível. Começou por se restringir à definição das suas causas e sintomas, enquadrando-se as primeiras no âmbito das lesões cerebrais e os segundos dentro da hiperactividade e défice de atenção, aos quais se juntou mais tarde, a impulsividade. A variabilidade do quadro sintomatológico chegou a colocar em causa própria entidade clínica da PHDA (Lopes, 2004). Com o evoluir da investigação, a par com as questões que foi levantando, o conceito de PHDA passou a abranger outros campos de investigação, uma vez que se começou a perceber que a perturbação em si não se resumia apenas à listagem dos seus sintomas e causas. Percebeu-se que a PHDA tinha consequências em vários domínios, e não apenas para quem tinha a perturbação. Identificaram-se problemas associados à PHDA, nomeadamente as dificuldades escolares, e paralelamente surgiu a importância dos contextos de actuação dos indivíduos, com especial destaque para o contexto familiar e escolar. Constatou-se a persistência de problemas durante a vida adulta de indivíduos com PHDA e estabeleceu-se a importância do seu tratamento. Neste sentido, são equacionadas as formas de tratamento com relevo para a utilização dos medicamentos estimulantes e toda a controvérsia que originaram, especialmente nos EUA.

O conceito de PHDA está hoje descrito em dois manuais de classificação de doenças: no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria e na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, que estão na base dos dois modelos explicativos e de abordagem à perturbação, como já referimos. Embora apresentem designações diferentes (Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção e Hipercinésia), a perspectiva actual é de que os dois manuais tendem a aproximar-se no que diz respeito aos critérios de diagnóstico

para esta perturbação (Fonseca, 1998). Contudo, esta aproximação, não comporta ainda um consenso, uma vez que, segundo Taylor e colaboradores (2004), aquando da apresentação do *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder*, referem, que estas designações devem coexistir, uma vez que apresentam esquemas de diagnóstico diferentes. Esta diferença reside na forma como os sintomas se encontram organizados por categorias ou áreas nos dois manuais. No caso da PHDA considera-se que para haver lugar a diagnóstico, basta existirem problemas numa das áreas definidas (hiperactividade, atenção e impulsividade), enquanto no que se refere ao Distúrbio Hiperactivo deverão registar-se problemas em todas as áreas.

Pesa embora todas as controvérsias, interessa referir, de acordo com Barkley (2006) que, actualmente, a PHDA é reconhecida como uma perturbação universal, com uma crescente aceitação internacional, quer no que diz respeito à sua existência, quer no que diz respeito ao seu estatuto, enquanto condição crónica e incapacitante, (Barkley, 2006; p. 40).

1.2 – Definição

A definição/designação da PHDA atravessou ao longo dos tempos várias controvérsias, como podemos verificar pelas referências anteriores. Actualmente as designações mais utilizadas são: a da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) e da Organização Mundial de Saúde – Distúrbio Hiperactivo (2007). Mas, é a definição da APA – PHDA - que se encontra mais difundida, até mesmo na Europa, onde como vimos, existe uma abordagem à perturbação dentro do âmbito da psicanálise.

A discussão em volta da definição da PHDA resulta daquilo que se entende que sejam as suas causas e características, uma vez que nunca se lhe atribuiu uma causa única, nem uma única característica. Goodman & Poillon (1992), fizeram a revisão de vários artigos e livros dedicados ao tema (48), com o objectivo de operacionalizarem as diferentes perspectivas acerca da PHDA. Identificaram 69 características diferentes e 38 possíveis causas para a perturbação. As mais referidas foram: baixa capacidade de atenção (32), hiperactividade (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) (p.42). No que diz respeito às causas, as mais citadas foram: causas genéticas (12), complicações perinatais e pré-natais (9), imaturidade do desenvolvimento neurológico (7), défices cerebrais (6), dieta e aditivos (6), aspectos bioquímicos (5), predisposição temperamental (5) e baixo peso ao nascer (5).

O conjunto de causas e características encontradas nesta investigação, é ilustrativa da controvérsia e confusão que sempre rodeou esta perturbação. Neste sentido, os mesmos autores referem, que existe falta de consenso entre os investigadores sobre as características referidas e consideram muitas delas de natureza subjectiva e ao mesmo tempo contraditórias. Referem ainda a revisão de vários estudos que comparam características de crianças com PHDA e de outras crianças. Os resultados encontrados são confusos e inconclusivos, não se encontrando em crianças com PHDA características diferentes das de crianças com outro tipo de desvantagem. O mesmo se verificou quando se analisaram os factores de atenção. Também aqui não se encontraram diferenças significativas entre crianças com e sem PHDA (Goodman & Poillon, 1992; p.51). Quanto às causas atribuídas à PHDA (38) elas foram agrupadas em cinco domínios diferentes, e os resultados encontrados, apontam também para falta de consenso, no que diz respeito ao número e à diversidade das mesmas, bem como à falta de suporte empírico que valide qualquer uma delas. (Goodman & Poillon, 1992).

O grande número de características e causas atribuídas à PHDA constitui um grande entrave à sua definição, chegando, segundo alguns autores, a ser colocada em causa a sua existência, enquanto categoria clínica (Goldstein & Goldstein, 1998 cit, in Júlio, 2009). Esta “ideia” é sustentada pela diversidade de questões que se colocam ao nível da investigação. Desta forma, Goodman & Poillon, (1992), relatam que seria muito difícil para os investigadores definirem quem tem ou não PHDA, tornando-se assim impossível fazer generalizações e testar hipóteses relacionadas com o que causa a perturbação, como preveni-la e como trata-la. Da mesma forma, seria também muito difícil, constituir uma amostra populacional legítima de crianças com PHDA. Com base em tantas características, muito facilmente se pode atribuir o diagnóstico de PHDA a um vasto leque de crianças, sendo possível, por exemplo, que dois profissionais observem a mesma criança e façam diagnósticos diferentes (Goodman & Poillon, 1992; p. 54).

Perante os problemas referidos e toda a polémica instituída à volta da PHDA, Barkley e um conjunto de mais 80 investigadores, assinaram uma declaração - *International Statement on ADHD* (Barkley, 2002), cujo principal objectivo, foi o de demonstrar a linha de concordância entre aqueles investigadores acerca desta perturbação.

De acordo com este documento, não é possível negar a existência desta perturbação, uma vez que há evidências científicas que provam o quanto ela pode ser devastadora. Neste sentido, Barkley refere estudos de *follow-up*, que indicam taxas de 32 a 40 % de abandono escolar, de 50 a 70% de crianças com dificuldade em fazer amizades, de 70 a 80% de adultos com um desempenho profissional abaixo do esperado, de 40 a 50% de indivíduos com envolvimento em actividades anti-sociais, ou a consumir tabaco ou drogas ilícitas, de forma superior à média, entre outros.

Neste documento é realçada a condição de deficiência grave da PHDA, com ênfase para as sérias consequências e comprometimentos que acarreta para o funcionamento do indivíduo, nas principais actividades de vida. Desde logo ao nível da educação, das relações sociais, do funcionamento familiar, da auto-suficiência, da independência e do funcionamento ocupacional (Barkley, 2002; p. 53).

De acordo com Barkley (2006) o suporte científico existente sobre a PHDA, nas suas diferentes perspectivas, é tão vasto, que “nenhuma organização profissional do âmbito médico, psicológico ou científico, pode pôr em causa o facto de se tratar de uma perturbação legítima”. Segundo o mesmo autor, a simples negação da sua existência é um erro, impedindo, entre outras coisas, o acesso ao tratamento de indivíduos com a perturbação, que se estima, atinja cerca de metade da população afectada (p. 54). A corroborar esta perspectiva, outros estudos há, que lembram que, crianças diagnosticadas de acordo com os critérios propostos pelo DSM – IV ou pelo ICD – 10, tendem a apresentar um conjunto de sintomas e sinais suficientemente sólidos, que as demarcam de crianças com outros problemas de ordem comportamental (Frick et al., 1994, cit in Sharkey & Fitzgerald, 2007, cit in Julio, 2009). Acresce ainda o facto, desses mesmos sintomas e sinais terem uma previsibilidade ao nível do desenvolvimento natural, surgindo na primeira infância, persistindo na adolescência e idade adulta, entre 30 a 65% dos casos (Barkley, 2002).

Por outro lado, não nos podemos esquecer de toda a investigação que se tem realizado no âmbito da hereditariedade, onde esta perturbação apresenta níveis idênticos à

esquizofrenia ou à perturbação bipolar (Faraone et al, 1998 cit in Sharkey & Fitzgerald, 2007; cit in Julio, 2009). Foi também demonstrada a sua componente hereditária, através de estudos realizados com gémeos (Stevenson, 1991, cit in Fonseca 1998; Gills et al, cit in Fonseca, 1998; Fonseca, 1998) e de estudos sobre famílias de crianças com PHDA (Comings, 1994; Faraone et al, 1994, cit in Fonseca, 1998), onde são encontrados índices de hiperactividade mais elevados em pais de crianças com a perturbação.

Os estudos realizados no âmbito da neurologia são outro dos pontos fortes da investigação sobre a PHDA e que trouxeram à luz do dia novos dados a favor da sua identidade enquanto perturbação. De acordo com alguns investigadores, há evidências que certos neurotransmissores (dopamina e norepinefrina) se encontram diminuídos em indivíduos com PHDA. Neste âmbito, foram identificados dois genes que actuam no mecanismo da dopamina relacionados com a perturbação. Foi detectada actividade cerebral mais baixa em indivíduos com PHDA especialmente na zona pré-frontal do córtex e menor fluxo sanguíneo (Lou et al, 1984 cit in Barkley, 2002) na área frontal, especificamente na região do corpo estriado e no núcleo caudado. Embora, não sejam conclusivas estas pesquisas são consideradas muito importantes para o esclarecimento da origem da PHDA (Barkley, 2002; p.82).

Dadas as dificuldades para se encontrar um consenso à volta daquilo que constitui em si a PHDA, outras teorias surgem, considerando por exemplo, que se trata de uma resposta adaptativa à cultura ocidental, (Hartman, 1993 cit in Fonseca, 1998; Selley-Tremblay & Rosen, 1996 cit in Fonseca, 1998; Klimkeit & Bradshaw, 2007, cit in Julio, 2009), “levando o indivíduo a manter-se cheio de energia, a tomar riscos e a estar pronto para grandes mudanças” (p.11).

Pesa embora todas as questões apontadas até ao momento, interessa referir e atendendo à perspectiva de quem tem a perturbação, que o mais importante, não se prende tanto com a designação, mas antes com a caracterização. Interessa sobretudo perceber o grau de diferença ou de dificuldade que cada indivíduo enfrenta, de modo a equacionar a sua avaliação e intervenção (Rodrigues, 2003). Deste modo, e tendo presente todo o leque de características e sintomas que um indivíduo com PHDA pode apresentar, importa dizer que a forma que os investigadores encontraram para ultrapassar esta dificuldade foi a delimitação de subgrupos, procurando assim, obter maior homogeneidade e maior significado clínico, com vista a resultados mais fidedignos. (August, 1989, cit in Lopes,

2004; Dykman, 1993, cit in Lopes, 2004). Em resultado do exposto, surgem os vários subgrupos, propostos pelo DSM desde 1980, até 2000, aquando da sua última revisão e já por nós referidos anteriormente.

Importa ainda referir, que dentro do espectro que paira sobre a definição da PHDA, outros aspectos têm contribuído para a polémica, nomeadamente outras perturbação que lhe aparecem associadas, como o distúrbio de oposição e de conduta e as dificuldades de aprendizagem, que colocaram muitas dúvidas quanto ao estabelecimento de diagnósticos independentes para cada uma das situações (Lopes, 2004).

Como verificamos são muitos os aspectos que tornam a definição da PHDA controversa e discutível. Do ponto de vista do investigador, parece-nos saudável e vantajoso, uma vez que todas as questões colocadas pela investigação, contribuem para uma cada vez maior e melhor clarificação das várias perspectivas que a envolvem. Assim sendo, apresentamos a seguir a definição de PHDA constante na 4ª edição do DSM IV – TR (APA, 2002) uma vez que é, como já dissemos a definição mais difundida e a mais utilizada para o diagnóstico da perturbação.

A PHDA é considerada uma perturbação do desenvolvimento de base neurobiológica (Parker, 2003) que se caracteriza por **“...um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.”** (DSM IV – TR (APA, 2002). Ou seja, a PHDA, envolve características comportamentais que são comuns aos humanos, mas que alguns apresentam num grau extremo (Lopes, 2004). Clinicamente, são descritos sintomas em três áreas de funcionamento: o défice de atenção, o excesso de actividade motora e a impulsividade.

Para haver lugar a diagnóstico de PHDA, o DSM IV – TR (APA, 2002), refere que a perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas duma lista de nove, relacionados com problemas de atenção, e seis sintomas duma lista de nove relacionados com problemas de hiperactividade/impulsividade, como se pode verificar pela tabela um. O seu diagnóstico pressupõe que os sintomas referidos são uma desadaptação em mais do que um dos contextos de vida quotidiana (familiar, escolar, lúdico e trabalho) e se manifestam antes dos 7 anos de idade. Não é atribuída a outra

perturbação do desenvolvimento ou do foro da pedopsiquiatria, pelo que deverão ser atendidos os critérios diferenciais de diagnóstico (DSM IV – TR (APA, 2002)).

Tabela 1 – DSM – IV – Critérios de diagnóstico para PHDA

A. (1) ou (2):

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

Falta de Atenção

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

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

Hiperactividade

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

Impulsividade

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

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

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

D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento

social, académico ou laboral;

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

Codificação baseada no tipo:

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

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

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

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

In: DSM IV – TR - American Psychiatric Association, 2002

Dada a heterogeneidade desta população, algumas crianças podem apresentar uma maior predominância de sintomas de falta de atenção, e outras de impulsividade-hiperactividade. Assim, o diagnóstico deve ser feito de acordo com cada um dos subtipos. Para PHDA Tipo Combinado, devem estar presentes, 6 ou mais sintomas de falta de atenção e 6 ou mais sintomas de hiperactividade-impulsividade, por um período de mais de seis meses; para PHDA Tipo Predominantemente Desatento deverão ser considerados 6 ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos do que 6 sintomas de hiperactividade-impulsividade, tal como no caso anterior, por um período e seis meses e para a PHDA Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo, dever-se-á atender a 6 ou mais sintomas de hiperactividade-impulsividade, mas menos do que 6 sintomas de falta de atenção, tendo persistido por um período de seis meses, tal como o verificado para os anteriores subtipos (DSM IV – TR, 2002, pp. 87).

Apesar dos critérios de diagnóstico constantes do DSM IV-TR serem considerados os mais rigorosos, e resultarem dos mais criteriosos estudos empíricos de toda a história da PHDA (Barkley, 2006, p.84), levantam algumas questões no momento do diagnóstico. São dicotómicos (presente/ausente) e não estão definidos segundo as fases de desenvolvimento. Em relação ao sexo, não prevêem correcções, no entanto, é sabido que as raparigas, exibem os comportamentos descritos com menor frequência do que os rapazes. Para que possam ser diagnosticadas com a perturbação, as raparigas têm de

apresentar comportamentos mais severos se comparadas com outras raparigas, ao contrário dos rapazes, quando comparados com outros rapazes. Estes critérios não nos permitem saber quão diferente do normal é o comportamento inapropriado de uma criança, o que dificulta o diagnóstico nos casos limítrofes ou mais leves. O DSM IV (APA, 2000) determina ainda, que os problemas no comportamento sejam registados em dois dos três contextos: casa, escola e trabalho, o que pressupõem, a concordância entre pais e professores, quanto ao facto da criança ser portadora de PHDA. Mas, como é demonstrado pela investigação, nem sempre pais e professores estão de acordo. (Barkley, 2002, p. 147).

Os problemas atrás referidos poderão eventualmente ser ultrapassados com a próxima revisão do DSM na sua quinta versão. Neste sentido, referimos adiante as propostas de revisão e respectivas implicações para a PHDA.

No que diz respeito à estrutura geral da perturbação, uma das propostas considera manter os critérios de diagnóstico actuais, mas sem subtipos e com apenas um único código de diagnóstico para a perturbação; outra pretende descontinuar os subtipos Predominantemente Hiperactivo/Impulsivo e Predominantemente Desatento, fazendo depender o diagnóstico de PHDA dos critérios actualmente utilizados para designar o subtipo Combinado; pretende ainda criar um novo diagnóstico de "Défice de Atenção" (PDA), com o seu próprio código. Estas alterações vêm de encontro a algumas das críticas feitas ao DSM IV, nomeadamente, ao facto de ser entendido, por alguns investigadores, que a Desatenção e a Hiperactividade/Impulsividade são vistos como elementos autónomos de uma perturbação mais complexa, o que não é reflectido pela actual estrutura de subtipos, que incluem uma mistura dos dois. Por seu lado, outros investigadores consideram que a Desatenção e a Hiperactividade/Impulsividade são elementos arbitrariamente divididos de um traço contínuo de uma dimensão mais vasta, pelo que a presente estrutura nem reflecte uma nem outra posição (APA, 2010).

A hipótese de se criar um diagnóstico de PDA (Perturbação de Défice de Atenção) remete-nos para aquilo que vem sendo divulgado, que aponta o subtipo predominantemente Desatento como o diagnóstico mais utilizado em grandes amostras de crianças tratadas. No entanto estas crianças apresentam poucas, ou mesmo nenhuma manifestação de Hiperactividade, o que não é suportado pela estrutura actual dos subtipos, uma vez que não abarcam crianças puramente Desatentas. Neste sentido,

pretende-se que o novo diagnóstico eventualmente a ser criado se baseie nos critérios de Desatenção presentes no DSM IV, subtipo predominantemente Desatento, sem incluir os critérios de Hiperactividade/Impulsividade (APA; 2010)

Outra das alterações projectada na revisão do DSM IV tem a ver com a representatividade das três dimensões da PHDA (Hiperactividade, Desatenção e Impulsividade) que, no conjunto dos critérios de diagnóstico, é desigual. Assim, constata-se que há pesos diferentes para algumas características, em derimento de outras. No caso, significa que há uma sub representatividade da Impulsividade e uma super representatividade da Desatenção. Neste sentido estuda-se a proposta de adicionar 4 novos critérios de diagnóstico à Impulsividade, tentando encontrar uma maior equilíbrio entre a Hiperactividade/Impulsividade e a Desatenção. Pretende-se assim, criar condições, para evitar as situações limiares de diagnóstico onde por exemplo, podemos ter uma criança que apresente cinco critérios de diagnóstico de Desatenção e cinco de Hiperactividade e não é diagnosticada com a perturbação, uma vez que a actual organização exige a presença de seis ou mais critérios (APA, 2010).

Alvo de questionamento tem sido a idade de aparecimento dos primeiros sintomas da PHDA. A actual versão do DSM IV considera que a perturbação só deverá ser diagnosticada se os primeiros sintomas ocorrerem antes dos sete anos de idade. No entanto, a investigação tem demonstrado o aparecimento de casos depois desta idade, mais especificamente entre os sete e os doze anos de idade. Assim, é proposta a alteração da idade dos sete para os doze anos de idade. Contudo, a implicação directa desta alteração é o aumento da prevalência da perturbação, e eventualmente o aumento de falsos positivos, pelo que a situação terá que ser bastante ponderada. (APA, 2010).

Pesa embora toda a discussão à volta do conceito de PHDA e da sua definição em particular, interessa reter aquilo que a investigação tem demonstrado desde os finais do século XIX: a PHDA é uma perturbação do desenvolvimento com origem em causas biológicas, descrita em vários países do mundo, cujos sintomas principais são a Hiperactividade, a Desatenção e a Impulsividade, e pode ser diferenciada, com base na sua sintomatologia, de outras perturbações mentais.

1.3 – Etiologia

A PHDA é uma das perturbações da infância e adolescência mais estudadas e documentadas ao longo do tempo. Contudo, a investigação tem demonstrado grande dificuldade em atribuir uma etiologia à perturbação, preferindo antes, falar de um conjunto de factores que poderão estar na base da sua origem. Cook (1999; cit in Lourenço, 2009) refere-se a “Factores de Risco”, “Factores de Protecção”, “Factores de Susceptibilidade ou de Vulnerabilidade”. A este propósito Lopes (2004) reporta-se à existência de “tendências firmes quanto àquilo que eventualmente pode e quanto àquilo que certamente não pode provocar” a PHDA (p.133). Para este autor, as causas desta perturbação, e de um modo geral para toda a comunidade científica, têm mais a ver com factores internos do próprio indivíduo do que com factores externos relativos ao meio, como a certa altura se acreditou (Lopes, 2004). No entanto, outros autores apontam a origem da PHDA para as interações que se estabelecem entre “vários factores de risco ambientais e biológicos” (Conners, 2009; p. 14).

Pelas breves referências que acabamos de fazer, percebe-se que a etiologia da PHDA está relacionada com um conjunto de factores que podem predispor o indivíduo para a perturbação. Desde os anos oitenta que têm sido reunidas uma série de evidências que possibilitam na actualidade relacionar a PHDA com potenciais causas. Assim sendo, a investigação agrupa as possíveis causas das PHDA em três grandes linhas de pesquisa: os factores neurológicos; os factores genéticos; e os factores ambientais. A par com as linhas referidas, surge ainda uma outra, não tanto para explicar a origem da PHDA, mas antes para desmistificar algumas das hipóteses que surgiram associadas à PHDA, e que se transformaram em mitos.

Os estudos neurológicos começaram por relacionar as causas da PHDA com hipotéticas lesões cerebrais. Foram identificadas semelhanças entre problemas de comportamento apresentados por crianças com PHDA e indivíduos que tinham sofrido lesões cerebrais na área frontal do cérebro. Esta área particular do cérebro (região fronto-orbital) parece ser responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, pelo autocontrolo e pelo planeamento do futuro. Contudo, e apesar de inicialmente se acreditar que a PHDA se devia a lesões cerebrais, causadas por infecções (encefalites e meningites), traumas por quedas, complicações na gravidez ou no parto, sabe-se, através de pesquisas mais recentes, que somente 5-10 % das crianças poderão ter desenvolvido

PHDA por lesão cerebral. Pesa embora a estatística referida, interessa também mencionar que estudos levados a cabo com primatas, cuja região frontal do cérebro foi alterada por cirurgia, evidenciaram posteriormente comportamentos idênticos aos apresentados por acrianças com PHDA, nomeadamente tornaram-se mais hiperactivos, menos atentos e mais impulsivos. Esta linha de investigação recolheu evidências que associam a PHDA a diferenças estruturais e/ou funcionais em determinadas áreas cerebrais como os lobos frontais, os gânglios da base, e o cerebelo. (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Barkley, 2006).

No seguimento do que foi dito anteriormente, a investigação passou a debruçar-se sobre as eventuais alterações ao desenvolvimento do cérebro que poderiam ser responsáveis pelo aparecimento da perturbação. Surgem as primeiras investigações sobre a chamada bioquímica cerebral.

De acordo com Parker (2003) existem cada vez mais evidências de alterações nas regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção em crianças com PHDA. Através de estudos com animais e humanos apurou-se que os sintomas da hiperactividade podem ser modificados recorrendo à utilização de químicos ao nível dos neurotransmissores. Estes são responsáveis nos humanos e nos animais pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição (Parker, 2003). Qualquer alteração nos seus níveis químicos tem alterações significativas, em termos disruptivos, ao nível do nosso comportamento e das nossas emoções. No caso da PHDA parece que alguns neurotransmissores, concretamente a dopamina e a noradrenalina, se encontram diminuídos nos indivíduos com a perturbação. A diminuição destas substâncias, em áreas do cérebro responsáveis pela organização do pensamento, ocasiona um funcionamento do mesmo deficitário (Barkley, 2002; Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007; Barkley, 2006). Os estudos não revelam ainda, a forma exacta como estes químicos afectam o “aparecimento” e evolução dos sintomas nestas crianças, mas são considerados uma base explicativa para a causa da PHDA (Parker, 2003).

Outra linha de estudos incidiu sobre a medição da actividade cerebral em crianças com PHDA, comparativamente a crianças sem PHDA. Estes estudos revelaram, a existência de actividade cerebral mais baixa na área frontal do cérebro, visível ao nível da actividade eléctrica e do fluxo sanguíneo. Verificou-se que crianças com PHDA apresentavam redução desta actividade quando solicitadas a realizar determinadas

tarefas mentais e que essa diminuição poderia ser regulada para padrões próximos da normalidade, com a administração de medicamentos estimulantes (Buschsbaum & Wender, 1973, cit in Barkley, 2002). Do mesmo modo, também se verificou a redução do fluxo sanguíneo, num grupo de crianças com PHDA investigado por Lou, Henricksen & Hind (1989; cit in Barkley, 2002), particularmente numa área específica do cérebro, chamada núcleo caudado, e que faz parte do corpo estriado. Esta área é muito importante na inibição do comportamento e na manutenção da atenção. O núcleo caudado está ligado ao sistema límbico, que é responsável nos humanos pelo controle das emoções, pela motivação e pela memória (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Barkley, 2006).

Noutros estudos foram também detectadas diferenças 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; Middleton & Faraone, 2007; citi in Julio, 2009; Taylor et al, 2004; cit in Julio, 2009).

Na opinião de Barkley (2002), todas as descobertas realizadas no âmbito das linhas de pesquisa referidas, associam a área anterior do cérebro, denominada *região frontal-orbital*, ao desenvolvimento da PHDA. Esta região está ligada por feixes de fibras nervosas ao núcleo caudado que por sua vez, se liga ao sistema límbico. Segundo o mesmo autor, estas zonas do cérebro ajudam-nos a inibir o nosso comportamento, a mantermos a atenção e a inibirmos as respostas. Estão também associadas à inibição e ao controle das emoções e da motivação, ajudando-nos no uso da linguagem, ao nível das regras e instruções. Estas regiões do cérebro, são ricas em dopamina, o que pode indicar que não há produção suficiente deste composto químico em indivíduos com PHDA e aí estar a explicação para a perturbação (p.85).

As diferenças encontradas em determinadas áreas do cérebro de crianças com PHDA, nomeadamente ao nível da sua composição química, do seu desenvolvimento e da sua activação, constituem um desafio para a investigação, no sentido de se perceber porque razão tal acontece. Em resposta a esta questão surgem novas linhas de investigação que apontam possíveis causas, decorrentes dos chamados factores genéticos/hereditariedade e de factores ambientais.

Os estudos sobre a hereditariedade demonstraram que os familiares biológicos de crianças com PHDA apresentam mais problemas psicológicos, nomeadamente depressão, alcoolismo, perturbações de conduta ou de comportamento anti-social e hiperactividade, do que os parentes de crianças sem PHDA. Estas constatações sugerem que poderá haver uma predisposição genética para o transtorno (Lopes, 2004; Barkley, 2006). Esta ideia encontrou eco numa série de estudos recentes que associam a manifestação da PHDA a diferentes elementos da mesma família. Numa percentagem significativa de famílias estudadas, com crianças com PHDA, descobriram-se parentes próximos (pai, tio, mãe, tia...) com a mesma perturbação. Outros estudos realizados com gémeos durante a década de 90 explicam, entre 50 a 97% das características da PHDA, sendo o valor médio de 80% (Barkley 2002; Parker, 2003; Lopes, 2004; Barkley, 2006); DuPaul & Stoner, 2007). Estas descobertas, a par com a evolução das neuroimagens, orientaram a investigação para a busca das razões que explicam a vertente hereditária da PHDA, sobretudo através da genética.

A investigação no campo da genética molecular tem vindo a caminhar para a identificação de genes específicos que podem estar relacionados com a PHDA. Assim, 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. Neste caso, as crianças com PHDA apresentam uma maior propensão para ter uma forma específica deste gene. Estas crianças evidenciam em maior grau, comportamentos associados à procura de sensações, de correr riscos, de impulsividade e de inquietação, do que o que é considerado característico para a população normal. 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. Como já foi dito anteriormente, quando são administrados medicamentos estimulantes esta alteração é corrigida (Barkley, 2002; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007; Vera, Ruano, & Ramirez, 2007).

Embora todas as evidências referidas sejam considerados pela comunidade científica passos muito importantes para o esclarecimento de toda a questão que envolve a definição etiológica da PHDA, importa reter, que a mesma levanta uma outra questão que se prende com os estudos genéticos sobre o comportamento. Esta perspectiva de

investigação vê a PHDA como uma perturbação dimensional e não categórica. 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). Barkley (2002) coloca a PHDA no mesmo patamar de outros traços humanos, também eles geneticamente determinados como, são por exemplo o peso ou a altura. Neste caso o traço da inibição do comportamento ou do autocontrolo representa uma dimensão das habilidades humanas e varia consoante aquilo que nós herdamos (p.90).

Aparentemente, tudo parece indicar que a PHDA é determinada em grande medida por factores genéticos e não tanto por factores ambientais. Contudo, a literatura menciona factores de ordem ambiental associados à origem da PHDA, sobretudo o consumo de substâncias, como o álcool e as drogas, durante a gravidez. A exposição ao chumbo tem sido outro dos factores associados à perturbação, alvo de investigação.

Há evidências de que o consumo de cigarros e bebidas alcoólicas durante a gravidez é responsável pelo desenvolvimento anormal de determinadas área do cérebro, como o núcleo caudado e as regiões frontais do cérebro. De acordo com um estudo realizado em 1975 e referido por Barkley (2002), comparando mães de crianças hiperactivas e mães de crianças sem a perturbação, apurou-se que as primeiras, consumidoras de cigarros em mais do dobro do que as segundas, tiveram filhos com dificuldades de aprendizagem na leitura. O mesmo autor refere um outro estudo de 1992, onde se investigou a exposição directa ao fumo do cigarro durante a gravidez e a exposição indirecta após a gravidez, tendo-se verificado um aumento da probabilidade daquelas crianças virem a ter problemas significativos de comportamento (p.89). Estas evidências foram mais tarde investigadas, por Milberger e colaboradores (1996; Cit in Barkley, 2002; cit in DuPaul & Stoner, 2007) e relacionadas com a PHDA. Deste modo, parece existir uma relação significativa entre a quantidade de cigarros fumados durante a gravidez e o risco para a PHDA. Do mesmo modo, os filhos de mães alcoólicas têm maior probabilidade de apresentarem problemas de comportamento relacionadas com hiperactividade e falta de atenção. A quantidade de álcool consumida parece estar directamente relacionada com o grau de risco de falta de atenção e hiperactividade (Lopes, 2004; Barkley, 2002; p. 87).

Os resultados dos estudos referidos indicam que as mães aumentam o risco dos seus filhos terem PHDA, pelo hábito de fumar e pelo consumo de álcool, durante a gravidez. Este risco aumenta se a mãe tiver a perturbação (Barkley, 2002).

O baixo peso ao nascer foi outro dos factores identificado como estando também associado ao risco de se vir a ter PHDA, numa proporção que varia entre 5 a 7 vezes mais do que para a população normal. Isto deve-se ao facto destas crianças apresentarem um alto risco de pequenas hemorragias cerebrais. Barkley (2002) refere que mais de 40% das crianças que apresentavam pequenas hemorragias cerebrais, foram diagnosticados com PHDA na infância (Barkley, 2002; Barkley, 2006).

De acordo com Barkley, (2002) a exposição ao chumbo parece estar também associada a maior risco de aparecimento de sintomas de hiperactividade e falta de atenção, especialmente se essa exposição ocorrer entre os 12 e os 36 meses de idade. Num estudo realizado em 1979 apurou-se que cerca de 36% de crianças com níveis elevados de chumbo foram descritas pelos seus professores como desatentas, distraídas, impulsivas e hiperactivas. Embora este factor seja uma toxina para o tecido nervoso, como foi comprovado por estudos realizados em animais, estudos mais recente atribuem-lhe uma importância menor, no que diz respeito à sua responsabilidade no aumento da sintomatologia relacionada com a PHDA. De acordo com Barkley (2002) não mais de 4% da variância na expressão da sintomatologia associada à PHDA, em crianças com elevados níveis de chumbo, é explicada pelos seus níveis (p.230).

Uma das questões que mais tem contribuído para toda a controvérsia que se tem gerado à volta da PHDA é a atribuição das suas origens a causas sem base científica. Aqui se incluem alguns dos mais conhecidos e divulgados mitos sobre a perturbação.

Em tempos acreditou-se que a PHDA estaria ligada ao tipo de alimentação consumida. Esta teoria surgiu nos anos 70 e 80 por Feingold (1975; cit in Lopes, 2004) e assentava na ideia de que a PHDA era provocada pelos aditivos químicos dos alimentos. Foi contraposta por vários outros estudos que não encontraram evidências que a comprovassem, tendo sido mais tarde substituída, pela ideia, de que a PHDA seria ocasionada pela ingestão excessiva de açúcares. Tal como referimos anteriormente, também neste caso se realizaram outros estudos, que não encontraram qualquer relação entre a ingestão de açúcar e a PHDA. Num deles em particular e em referência a estudo

ditos positivos, encontrou-se o efeito contrário, ou seja, o açúcar melhorou o comportamento em vez de piorá-lo (Milich et al, 1986; cit in Barkley, 2002).

Outras conjecturas, relacionadas com a influência da dieta na PHDA, como a sobredosagem vitamínica, não encontraram suporte em evidências científicas.

O excesso de televisão tem sido outras das causas que aparece associada à PHDA. Assim, têm surgido alguns estudos que relacionam a televisão com problemas de atenção à entrada para a escolaridade obrigatória e na adolescência. Desses estudos destacamos o estudo levado a cabo por Christakis e colaboradores, 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 vêem 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). Os resultados deste estudo foram mais tarde verificados por Stevens & Mulson (2006), atendendo a algumas questões metodológicas que anteriormente não tinham sido consideradas, nomeadamente o controle de determinadas variáveis (estatuto sócio económico e o envolvimento parental). Foi avaliado um maior número de crianças, constituindo-se a amostra a partir de dados representativos a nível nacional (Estudo Longitudinal da Primeira Infância), com o objectivo de se investigar a relação entre o tempo de exposição à televisão durante a idade de frequência do jardim de Infância e a posterior existência de sintomas de PHDA no primeiro ano do Ensino Básico. Os dados apurados indicam, que o tempo de exposição à televisão durante o período de Jardim de Infância está relacionado com a existência de sintomas de PHDA no primeiro ano de escolaridade. No entanto, e tendo em conta a variabilidade dos sintomas da PHDA, verificou-se que a exposição à televisão é um fraco preditor dos sintomas de PHDA, uma vez que o seu valor se encontrava muito próximo de zero não tendo por isso qualquer significado estatístico. As diferenças encontradas entre os dois estudos resultam, segundo os autores de aspectos metodológicos, nomeadamente a idade dos participantes, a avaliação dos sintomas de PHDA e o controlo das demais variáveis (Stevens & Mulson, 2006;).

Os efeitos que a televisão possa ter sobre a predisposição para se desenvolver uma PHDA, está ainda por determinar e para alguns autores esta associação não é sequer

considerada, uma vez, que os estudos realizados com gémeos comprovam que ela não existe. O ambiente que dois irmãos gémeos dividem, não contribui significativamente para as diferenças entre crianças com maior grau de sintomas de PHDA. A exposição à televisão faz parte do ambiente compartilhado, pelo que ver televisão não contribui para a PHDA. Do mesmo modo, não está provado que crianças com PHDA vejam mais televisão que os seus pares sem PHDA (Barkley, 2002; p.97).

A procura das origens ou causas da PHDA tem abarcado diferentes perspectivas de investigação, com destaque para aquelas que apresentam uma maior sustentabilidade científica. De acordo com as referências feitas, os factores neurológicos e genéticos desempenham um papel substancial na sintomatologia da PHDA e na sua ocorrência. Parece existir uma influência hereditária, que ocasiona alterações a nível químico no funcionamento cerebral, que podem predispor as crianças a exibirem, em maior grau do que a média, comportamentos de impulsividade, de hiperactividade e de falta de atenção. Embora os factores neuro biológicos sejam os prováveis geradores da PHDA, importa referir que os factores ambientais não podem ser descurados neste processo. Não como causadores da perturbação, mas com responsabilidade na gestão da sintomatologia da PHDA e nas formas comorbidas associadas à perturbação. (Barkley, 2002;Lopes, 2004; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007).

2 – Áreas de funcionamento

As crianças com PHDA apresentam problemas de comportamento em três áreas de funcionamento básico. São elas a atenção, a impulsividade e o excesso de actividade motora. Estas características constituem as chamadas dimensões essenciais da PHDA (Lopes, 2004) e manifestam-se num grau que se torna excessivo e inapropriado para a idade e nível de desenvolvimento, abarcando uma variedade de situações que colocam à prova a capacidade de estar atento, de retrainr movimentos, de inibir impulsos e regular o comportamento, relativamente a regras, ao tempo e ao futuro. De acordo com Barkley (2002), estes problemas de comportamento, resultam, de um “deficit primário na inibição do comportamento”, que para este autor, é o símbolo da PHDA (Barkley, 2006; p.77). Cada uma destas dimensões será analisada adiante com maior detalhe, no sentido de se clarificar a perspectiva quotidiana do problema.

2.1 – Déficit de Atenção

De acordo com a perspectiva da neuropsicologia a capacidade de atenção, é considerada um conceito multidimensional, que pode englobar problemas de alerta, de activação, de selectividade, de manutenção da atenção, de distractibilidade, de nível de apreensão entre outros (Hale & Lewis, 1979; cit in Lopes, 2004; Barkley, 2006). No caso das crianças com PHDA, os problemas de atenção, caracterizam-se por uma tendência acentuada a distraírem-se em tarefas repetitivas e monótonas, cometendo mais erros do que as crianças normais (Fonseca, 1998; p.7). Esta tendência envolve dificuldades significativas em relação ao modo de prestar atenção, ao período de tempo em que estão atentas e à persistência do esforço que fazem para se manterem atentas. Ou seja, revelam problemas em fixar a atenção, numa tarefa ou actividade, por mais tempo do que as crianças sem a perturbação. Os pais e os professores referem-se a elas utilizando expressões como “ Ele não ouve o que digo”; “Parece que anda sempre na lua”; “Esquece-se de fazer os trabalhos de casa”; “Não acaba as fichas de trabalho”; que traduzem na prática, as suas dificuldade de atenção e concentração.

De todos as questões relacionada com a atenção, parece que a maior batalha para as crianças com PHDA, é manter a atenção, em alguma coisa, por longos períodos de tempo. Os estudos realizados por Barkley (2002), indicam que as crianças com PHDA gastam menos tempo a estarem atentas ao que lhes é pedido. Apesar das dificuldades descritas, sabe-se que as suas capacidades de processamento de informação não se encontram comprometidas (Fonseca, 1998), pelo que são capazes de distinguir o importante do acessório. Sendo assim, importa saber o que explica esta situação.

Para Barkley (2002) o problema parece ultrapassar aquilo que à primeira vista pode ser interpretado por distração. Este autor acredita que as crianças com PHDA se aborrecem, ou perdem o interesse por aquilo que estão a fazer, mais rapidamente que as crianças sem PHDA e se sentem atraídas por aspectos mais divertidos e recompensadores, em qualquer situação. Esta circunstância faz com que procurem mais alguma coisa para fazer, para além daquilo em que estão envolvidas, que seja mais interessante, mais divertido e estimulante, mesmo sem terem concluído o trabalho em que estavam envolvidas. Para alguns autores, isto acontece porque as crianças com PHDA têm um funcionamento do cérebro em níveis mais baixos que o esperado, e por isso necessitam de estímulo constante para se manterem nos níveis normais. Daí a

procura incessante de novos estímulos, deixando para trás a actividade inicial, optando pela alternância constante de um estímulo para outro. Outros autores associam esta situação a uma dificuldade de gestão do tempo (Fonseca, 1998), como por exemplo, o tempo que é necessário para concluir os trabalhos de casa, ou para ouvir instruções até ao fim, com vista à realização de determinada tarefa. Quer se deva a um ou a outro aspecto, estas crianças enfrentam dificuldades acrescidas para retomarem a tarefa anterior, uma vez que se distraem por períodos maiores de tempo, do que os seus pares, sem PHDA, tal é a necessidade de novidade (Barkley, 2002; p. 52; Lopes, 2004; Barkley, 2006). Neste sentido, Barkley (2002) refere que o mais acertado quando se trata de trabalhar com crianças com PHDA, é recorrer ao aumento da inovação, da estimulação, ou da diversão, nas actividades pedidas, especificando que podem obter determinada recompensa mais rapidamente, caso concluam determinada tarefa. Assim, estaremos a fornecer à criança aquilo que ela mais necessita, a novidade, o estímulo diferente e atractivo (Barkley, 2002; p.54).

A definição do que de facto causa a falta de atenção manifestada pelas crianças com PHDA não está totalmente esclarecida. No entanto, foi com base na observação destas dificuldades que se chegou a um conjunto de características que delimitam esta dimensão da PHDA e que têm consequências nas várias áreas de actuação dos indivíduos com a perturbação. Desta forma, o défice de atenção é o sintoma que mais problema causa no contexto escolar, apesar de ser menos visível do que a impulsividade ou o excesso de actividade motora (Parker, 1996). As crianças que apresentam PHDA predominantemente com défice de atenção enfrentam problemas acrescidos para gerirem todas as situações que se lhes apresentam no dia-a-dia. São exemplo disso, as tarefas relacionadas com a escrita, com a leitura, com a matemática ou a exposição de um tema oralmente. Não terminam as tarefas e apresentam também dificuldades de memorização e em seguir instruções. A memória de curto prazo encontra-se alterada, o que dificulta a retenção de informação e em consequência compromete as capacidades de planeamento e organização, exigidas para as actividades acima descritas (Rodrigues, 2007). Para uma criança que procura, como já dissemos, a novidade e a mudança de estímulo constante, dedicar-se à realização e conclusão das tarefas escolares, afigura-se uma tarefa árdua, se pensarmos no modo como elas são desenvolvidas na grande maioria das escolas.

2.2 – Impulsividade

Tal como o défice de atenção, também a impulsividade é um conceito de natureza multidimensional, envolvendo 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; cit in Barkley, 2006; p. 81). Para outros trata-se “de um processo executivo, motivacional e automático da inibição da atenção” (Nigg, 2000; cit in Barkley, 2006; p.81). No âmbito da PHDA a impulsividade envolve: o descontrole do comportamento, a dificuldade no adiamento da gratificação e da resposta e a incapacidade para inibir respostas incorrectas.

As crianças com PHDA vêem a sua capacidade de inibição do comportamento ou do controle dos impulsos diminuída, apresentando por esse motivo, grandes dificuldades em conter as suas respostas face a determinada situação, e em pensarem antes de agir. (Barkley, 2002; Barkley, 2006). Agem rapidamente sem medirem as consequências do seu comportamento. Na opinião de Barkley, (2002), fazem comentários despropositados e interrompem a sequência do discurso dos outros. Dão respostas de forma impulsiva, sem controlo emocional, sendo alvo de crítica por esse motivo. O seu comportamento é visto como agressivo e insensível, dando azo a que percam amigos com facilidade sem perceberem porquê. Em termos sociais estas crianças são vistas como “imaturas”, “irresponsáveis”, “mal-educadas” e “preguiçosas”. Têm dificuldade em seguir instruções e não esperam pela sua vez quando se encontram em situação de jogo ou quando aguardam numa fila. Na escola, facilmente entram em conflito com os seus pares. Revelam muita dificuldade em resistir à frustração, pelo que preferem as tarefas menos trabalhosas e em que são compensadas de imediato. Despendem menos esforço e tempo para realizarem actividades consideradas desagradáveis e enfadonhas. (Parker, 1996; Parker, 2003; Lopes, 2004; Barkley, 2002). Estas crianças estão ainda sujeitas a um maior risco de sofrerem acidentes uma vez que têm tendência para se envolverem em actividades perigosas, sem medirem as suas consequências. (Lopes, 2004).

Todo este conjunto de dificuldades, nomeadamente a incapacidade para conter impulsos, aliada aos problemas de atenção, acarreta várias limitações no dia-a-dia de quem tem PHDA. Para uma criança em idade escolar, isto significa, na maioria das vezes o início de um processo de “insucessos e falhanços” que é muitas vezes, o ponto de partida para o encaminhamento /despiste da PHDA (Rodrigues, 2005).

2.3 – Hiperactividade.

A hiperactividade é a terceira característica central da PHDA e diz respeito à presença de níveis excessivos de actividade, quer em termos motores, quer em termos vocais. Vários estudos empíricos têm demonstrado a diferença de actividade entre crianças com PHDA e crianças sem PHDA, através da monitorização das suas actividades e movimentos diários (Fonseca, 1998). Entre as discrepâncias verificadas, Barkley (2006) destaca as relacionadas com as situações escolares que registam as maiores diferenças entre pares (Porrino et al, 1983; cit in Barkley 2006). Contudo, nem todas as crianças com PHDA são hiperactivas, no entanto aquelas que o são, chamam a atenção pela sua agitação motora, muito mais vincada e em muitas mais situações, se comparada com o padrão das restantes crianças (Parker 2003). Este sintoma manifesta-se sob a forma de inquietação, de impaciência, de ritmo e movimentos desnecessários e de conversa em excesso. Deste modo, são crianças que estão sempre a mexer em alguma coisa, sempre a mudar de sítio, parece que se interessam por tudo e por nada ao mesmo tempo, nunca estão satisfeitas e necessitam de constante supervisão. Mexem permanentemente as mãos e as pernas, revelando muita dificuldade em estarem quietas ou em serem capazes de descansar. (Barkley, 2006; Lopes, 2004; Barkley, 2006). Esta agitação é mais evidente durante a idade pré-escolar, verificando-se uma tendência para acalmar conforme a idade vai avançando (Parker, 2003). Os pais descrevem-nas como sendo “irrequietas”, “falam de mais” e “não conseguem ficar quietas”, enquanto os professores, relatam as suas ausências do lugar sem permissão, as suas intervenções por cima dos outros e fora de tempo e a sua necessidade de mexer em coisas de que não necessitam no momento.

Estas características traduzem-se no dia-a-dia por dificuldades de ordem social. São difíceis os trabalhos com pares, a participação em desportos organizados, a partilha de materiais e de ideias. Por consequência aparecem os conflitos entre pares, pois torna-se difícil esperar a sua vez, aceitar as ideias do outro e seguir regras comuns. O sentido da convivência social parece não existir para algumas destas crianças (Parker, 2003).

A realização de uma análise superficial, ao que foi dito anteriormente, leva-nos a considerar que a hiperactividade se limita simplesmente ao excesso de movimento e actividade que as crianças com PHDA apresentam. No entanto, a literatura começa por referir, que tal como em relação às outras duas dimensões da PHDA, também a hiperactividade envolve diversos tipos de actividade e parece não ser claro, qual o tipo

que diferencia melhor as crianças com PHDA das crianças sem PHDA (Lopes, 2004; Barkley, 2006). Contudo, vários estudos realizados com o objectivo de esclarecer esta questão apontam o movimento dos tornozelos, dos pulsos, da locomoção e do corpo, de uma forma geral, como o que destrinça melhor umas crianças das outras (Barkley & Conningham, 1979; cit in Barkley, 2006). Pesa embora, as inferências encontradas, importa dizer que o problema da hiperactividade não se restringe apenas à questão da actividade em excesso, mas reporta-se, de acordo com Barkley a “um padrão de reposta comportamental exacerbado”, que leva estas crianças a terem uma propensão para responderem a tudo quanto acontece à sua volta. Manifestam ocorrência de comportamentos de forma rápida e enérgica em situações onde, crianças sem PHDA se tornariam mais inibidas (Barkley, 2002). Neste sentido, Lopes (2002), citando Firestone & Martin (1979), refere que se trata essencialmente duma dificuldade de controlo, em situações exigentes do ponto de vista social, e não tanto dos níveis de actividade motora (p. 85). No entanto, as duas perspectivas parecem estar associados, já que o nível de actividade decorre da taxa de comportamento ou resposta, face a uma dada situação, que no caso das crianças com PHDA, como vimos é maior (Barkley, 2002).

De acordo com Barkley (2002), a hiperactividade faz parte do mesmo problema que a impulsividade, pois ambos os sintomas estão associados a uma dificuldade na inibição do comportamento. Por seu lado, a desatenção pode, segundo o mesmo autor, estar relacionada com esta falta de inibição. A explicação estaria no facto das crianças com PHDA, levarem mais tempo para retomarem a tarefa, já que manifestam dificuldade em inibir os seus desejos de fazerem outras coisas. Daí que o problema com a atenção em crianças com PHDA, possa ser também decorrente do seu problema em inibir respostas face a situações à sua volta. O que quer dizer, que estas crianças deslocam a sua atenção mais do que os seus pares sem PHDA, e são incapazes de resistir à tentação de se distraírem com outras coisas, enquanto realizam uma actividade por um período de tempo mais longo, dado que não conseguem inibir a sua tendência para a procura de outros estímulos (p.59). Deste modo, a questão central da PHDA estaria relacionado apenas com um problema de inibição do comportamento, com origem num atraso no desenvolvimento no controle dos impulsos (Barkley, 2002; p. 64).

3 – Problemas associados

As crianças que apresentam PHDA têm uma maior probabilidade de apresentarem outro tipo de problemas relacionados com o comportamento, com a aprendizagem ou com o

funcionamento social e emocional. O aparecimento destes problemas está ligado aos sintomas nucleares da PHDA. Para DuPaul & Stoner (2007) a desatenção, a impulsividade e a hiperactividade actuam como ímanes no desenvolvimento de outras dificuldades. Embora, estes problemas não ocorram em todas as crianças com PHDA, eles acontecem num número significativamente mais elevado do que seria esperado para a generalidade das crianças, não podendo por esse facto serem ignorados. Sendo certo que estes problemas constituem um acréscimo de dificuldades nos vários contextos de vida de quem tem PHDA, trataremos apenas dos mais problemáticos no contexto escolar, dada a especificidade da nossa investigação neste cenário.

3.1 – Desempenho escolar

De entre os vários problemas associados à PHDA, os problemas no domínio cognitivo e académico, são eventualmente aqueles, que têm maior expressão em contexto de sala de aula. Abrangem dificuldades intelectuais ligeiras; deficiências moderadas ou graves no funcionamento adaptativo e no desempenho académico; e risco acrescido de desenvolvimento de Dificuldades de Aprendizagem (DA) (Barkley, 2006).

Embora a investigação tenha colocado, em tempos alguma dúvida, quanto ao facto das crianças com PHDA terem desempenhos intelectuais inferiores aos seus pares e irmãos, estudos mais recentes têm comprovado o contrário (Frazier, Demaree & Youngstrom, 2004; citi in Barkley, 2006). Contudo, alguns autores acreditam que estas diferenças podem estar relacionadas com a coexistência das DA, quando é medido o Quociente Intelectual (QI). Barkley (2006) refere um estudo por si realizado e pelos seus colaboradores (Barkley, DuPaul, & MacMurry, 1990; cit in Barkley, 2006), onde se verificou que um grupo de crianças com DA e sem PHDA apresentava um QI médio, inferior ao grupo com PHDA e DA, que por sua vez, já era mais baixo que o do grupo de controlo (p.122). Isto poderá querer dizer, na perspectiva de Lopes (2004), que as crianças com DA poderão apresentar QIs inferiores, pelo facto de haver falta de controlo da co-morbilidade entre PHDA e as DA, o que leva a que se conjecture que as crianças com PHDA têm desempenhos intelectuais inferiores à média (p.93). No entanto, mais recentemente, foi avançada outra hipótese sobre esta questão, que aponta as dificuldades na inibição comportamental e nas funções executivas, presentes nas crianças com PHDA, como as responsáveis pela eventual relação negativa que se estabelece entre a PHDA e o QI. Isto acontece, porque a avaliação do QI está relacionado com as funções executivas, nomeadamente com a memória de trabalho,

com a internalização do discurso, e com o desenvolvimento do pensamento verbal, que no caso destas crianças, se apresentam deficitários. Assim, estima-se que entre 3 a 10 % da variância no QI, se deva aos sintomas da PHDA e não às DA por si só (Barkley, 2006; p. 123).

Pesa embora, toda a controvérsia sobre os níveis intelectuais de crianças com PHDA, interessa ressaltar que a nível do seu desempenho académico, este é significativamente mais baixo do que as suas capacidades e representa uma das suas maiores dificuldades, com especial evidência para o nível de produtividade em sala de aula e para o grau de dificuldade que dominam. Assim, apresentam taxas mais baixas de comportamento dedicado à tarefa, durante períodos de instrução e trabalho independentes (Abikoff et al., 1977; cit in DuPaul & Stoner, 2007), o que as leva a que completem menos trabalhos, com mais erros de realização e a terem menos oportunidades de responderem durante a instrução, do que os seus colegas (Piffner & Barkey, 1998; cit in DuPaul & Stoner, 2007). Em função do referido, obtêm notas mais baixas em mais do que uma disciplina, e recebem pontuações mais baixas em testes escolares padronizados, do que os seus colegas. Esta incapacidade na realização do trabalho independente, pode explicar a associação entre a PHDA e o desempenho académico inferior, uma vez que 80% das crianças com a perturbação revelam problemas de aprendizagem ou de desempenho académico (Cantwell & Baker, 1991; Fisher et al, 1991; Pastor & Reuben, 2002; cit in DuPaul & Stoner, 2007). Apresentam ainda, risco acrescido para vários problemas relacionados com determinadas áreas do desempenho, em testes e funcionamento cognitivo, demonstrando dificuldade com soluções e habilidades organizacionais; na linguagem expressiva; e na motricidade fina ou grossa. Estas dificuldades em conjunto ou isoladamente aumentam o risco de desempenho académico inferior (DuPaul & Stoner, 2007).

Estes resultados decorrem do comportamento desatento, impulsivo e inquieto em sala de aula, que tem como resultado, um percurso escolar povoado de situações comprometedoras do mesmo. 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. Para além destas referências, a investigação disponibiliza estudos sobre a utilização de medicação estimulante, cujos dados atestam a

melhoria do quadro sintomatológico, tornando estas crianças mais disponíveis para a aprendizagem, mais bem toleradas por professores e pelos seus pares, melhorando por esta via os seus resultados académicos (Lopes, 2004; Barkley, 2006).

Nas actividades académicas do quotidiano escolar, as crianças com PHDA, apresentam uma diferença dos seus colegas de turma, que pode variar de 10 a 30 pontos, em testes de desempenho padronizados de leitura, matemática, leitura compreensiva e ortografia. Especula-se que estas diferenças possam já acontecer durante o período pré-escolar (Barkley, 2006).

As DA são outros dos problemas associados à PHDA, como já foi referido, alvo de vários estudos e outras tantas controvérsias. As crianças com PHDA parecem ser mais propensas a ter DA, sendo frequente a coexistência das duas perturbações. Neste sentido, a investigação tem procurado esclarecer a natureza da relação que parece ocorrer entre uma e outra perturbação. Deste modo, para alguns investigadores (McGee & Share, 1988; cit in Fonseca, 1998), a PHDA é uma consequência das DA e resulta do desinteresse e desmotivação, que os contínuos insucessos vão originando nestas crianças durante o seu percurso escolar. Outros investigadores são da opinião, que a coexistência das duas perturbações no mesmo sujeito constitui uma outra perturbação diferente daquelas, tendo encontrado dados que sustentam a existência de características específicas deste grupo, como sejam por exemplo características demográfica e de transmissão familiar. Outros há ainda, que entendem que se trata de duas perturbações independentes, embora considerem que podem aparecer ao mesmo tempo no mesmo sujeito. Argumentam que as duas perturbações são geneticamente independentes: os perfis cognitivos das crianças com PHDA e DA diferem entre si; e as diferenças encontradas entre crianças com DA e crianças com PHDA e DA são reduzidas (Shaywitz et al, 1997; cit in Fonseca, 1998).

De acordo com Fonseca (1998), os diferentes argumentos referidos anteriormente, resultam de dados pouco consistentes, obtidos através de estudos que revelam diversas limitações metodológicas, pelo que cada uma daquelas concepções deve ser encarada com prudência (Fonseca, 1998). Mais recentemente, surgiram outras análises, que trouxeram nova luz a estas questões, como será exposto adiante.

Face à literatura analisada, constata-se que, de facto há crianças que têm associadas estas duas perturbações, pelo que será importante definir a que diz respeito o conceito

de DA, para se clarificar as suas implicações em conjunto com a PHDA. Quando falamos de DA, referimo-nos, na opinião de Barkley (2006), a uma discrepância significativa entre a inteligência ou habilidade mental e o desempenho académico em determinada área (matemática, leitura, ortografia, caligrafia, ou linguagem). Esta discrepância pode ser medida através da comparação dos scores de testes de inteligência, com os scores dos testes de desempenho para a leitura e matemática. O cálculo da discrepância entre o QI e o desempenho, em algumas abordagens, tem a desvantagem de inflacionar a prevalência das DA junto de crianças com uma performance escolar típica e aquelas que estão acima da média ou são intelectualmente sobredotadas. Para atenuar este problema, são propostas outras formas de cálculo, consideradas mais rigorosas, que estimam que entre 8-39% das crianças com PHDA apresentam incapacidade na leitura; 12-30% na matemática; 12 – 27% na ortografia e 60 % ou mais na caligrafia (Barkley, 2006).

Uma outra questão colocada pela investigação é: saber se o aparecimento precoce de DA pode conduzir à PHDA ou vive versa. Os dados divulgados, indicam que a PHDA não conduz, mais tarde, ao aparecimento de DA mas, DA precoces, podem estar associadas ao aumento dos sintomas da PHDA ao longo do desenvolvimento (MacGee & Share, 1988; cit in Barkley, 2006). Contudo, foram também apurados outros resultados que chegaram à conclusão contrária, ou seja, que problemas de atenção precoces, aumentam o risco, de desenvolvimento de dificuldades na leitura, enquanto estas últimas não aumentam o risco para problemas de atenção (Fergusson & Horwood, 1992; cit in Barkley, 2006). Estudos mais recentes, encontraram evidências idênticas à primeira referência, isto é, que as dificuldades na leitura não levam à PHDA, no entanto problemas de atenção precoces podem ser indicativos de menor capacidade na leitura, mais tarde, o que não acontece com o excesso de actividade motora. (Fonseca, 1998; Barkley, 2006).

A investigação tem demonstrado que existe uma relação de sobreposição entre as duas perturbações, indicando que uma em cada três ou quatro crianças com PHDA, tem tendência a apresentar uma deficiência específica de aprendizagem e quase 40% de alunos com DA poderão também vir a exibir sintomas significativos de PHDA. Mesmo assim, é necessário sublinhar que a maioria das crianças com PHDA não apresenta DA e a maioria das crianças que apresentam DA, não reúne todos os critérios para o diagnóstico de PHDA. O mesmo sucede em relação ao funcionamento intelectual, onde

em média as crianças com PHDA não se distanciam da população escolar e muitas delas também não apresentam défices cognitivos específicos (DuPaul & Stoner, 2007).

Para finalizar, é importante destacar que mesmo que não haja um esclarecimento total das questões relacionadas com a associação de determinados problemas à PHDA, é necessário ter presente, que as consequências daí resultantes, na forma de défices no desempenho académico, precisam de intervenção, para assim se minorar os seus efeitos no futuro escolar desta população.

3.2 – Desempenho social e comportamental.

As características nucleares da PHDA podem colocar várias dificuldades às crianças com a perturbação no contexto escolar. Já nos referimos aos problemas relacionados com o desempenho académico e intelectual, importa agora centrarmo-nos nos problemas de comportamento, que abarcam questões de relacionamento social, de percepção social, de auto-imagem e de integração social. Importa fazer esta análise, uma vez que, por um lado, esta é uma das áreas, onde os problemas manifestados por crianças com PHDA são mais visíveis, e por outro, estas questões têm implicações, ao nível da sua adaptação futura em sociedade (Lopes, 2004).

Os problemas de relacionamento associados ao comportamento de crianças com PHDA decorrem do confronto que se estabelece, entre um contexto escolar muito exigente sob o ponto de vista das regras sociais, e o recurso a comportamentos que são contrários à sintomatologia que apresentam (Kos, Richdale, & Hay, 2006). Exemplos disso são as dificuldades que revelam nos relacionamentos com os colegas, com comportamentos disruptivos, com a desobediência a regras e a figuras representativas de autoridade e com os problemas de conduta (mentir e roubar) (DuPaul & Stoner, 2007). Esta pequena amostra deriva essencialmente dos sintomas de impulsividade e da actividade motora em excesso, dando origem a que estas crianças sejam descritas por pais, professores e colegas, como “agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, especialmente se forem rapazes” (Lopes, 2004; p.104). Para DuPaul & Stoner, (2007), as crianças com PHDA, apresentam um comportamento social turbulento para com os seus colegas, uma vez que o seu desempenho social (Stormont, 2001; cit. in DuPaul & Stoner, 2007) se encontra perturbado, pelos comportamentos impulsivos e desatentos.

Os défices de desempenho social mais conhecidos associados à PHDA, são: as tentativas de se juntarem a actividades de grupo em curso (jogos ou brincadeiras que já começaram), sem respeito pelas regras instituídas; a pobre manutenção da conversação (interrompendo frequentemente, não dando atenção ao que os outros dizem); a utilização de soluções agressivas para problemas banais; ou a propensão para perder a calma perante um conflito ou frustração em situações sociais (Lopes, 2004; Guevremont, 1990; cit. in DuPaul & Stoner, 2007; DuPaul & Stoner, 2007). Para além destes défices, é de notar que, os rapazes com PHDA, tendem a envolver-se em desportos individuais ou de equipa por períodos de tempo mais curtos que o seus colegas sem a perturbação e são mais atreitos a exibirem agressividade e reacções emocionais e a serem desclassificados durante actividades desportivas de equipa (Johnson & Rosén, 2000; cit in DuPaul & Stoner, 2007).

Todo este quadro deficitário nas relações sociais, estabelece uma ponte negativa entre as crianças que têm a perturbação, e os seus pares e é explicativo da dificuldade que revelam em iniciar e estabelecer relações duradouras de amizade. De acordo com Gresham e colaboradores (1998; citi in Kos Ricdale & Haye, 2006), mais de 70% das crianças com PHDA, experienciam relações de amizade não correspondidas, com a agravante das crianças sem PHDA, não quererem fazer amizade com estas, especialmente com aquelas que têm excesso de actividade motora. A explicação para estas dificuldades reside no facto destas crianças tenderem a executar comportamentos controladores, disruptivos e agressivos (ErHart & Hinshaw, 1995; Hinshaw & Melnick, 1995; cit in Kos, Richdale & Haye, 2006; p.149). Estes comportamentos são percebidos pelos seus pares como negativos e levam a que sejam rejeitados das actividades ou jogos. Na prática, começam por invadir as actividades dos colegas de forma abrupta e ruidosa, sem pedir autorização, provocando a insatisfação dos mesmos na actividade; depois, como têm dificuldades em manter uma conversa socialmente correcta, tendem a interromper os outros, não dando atenção ao que estão a dizer, e na sequência, respondem de forma insignificante, ou seja, de modo incoerente ou inadequado, às questões ou afirmações dos colegas (Atkinson, Robinson & Shute, 1997; cit in Kos, Richdale & Haye, 2006); por fim, têm tendência para resolver os problemas interpessoais de forma agressiva. Este último factor ilustra a forte ligação que existe entre a PHDA e a agressividade física, onde se destaca uma tendência vincada destas crianças para discussões e lutas com os colegas. É característica destas

crianças a irritação fácil, o descontrolo, a provocação e a incitação a brigas, situações de fácil gestão, para a maioria das crianças sem PHDA, mas que na maioria das vezes, estas crianças, abordam de modo brusco e violento (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Kos, Richdale & Hayc, 2006; DuPaul & Stoner, 2007). Por este motivo chegam a ser mais rejeitadas do que crianças sem a perturbação e mesmo do que crianças agressivas. (Barkley, 1998, cit in Dupaul & Stoner, 2007)

Os problemas com o desempenho social não são exclusivamente experienciados por quem se relaciona com as crianças com PHDA. Mais do que qualquer uma destas pessoas, sejam eles os pais, os colegas ou os professores, são talvez, as próprias crianças com PHDA que mais sofrem com a situação. A investigação diz-nos que elas não são desagradáveis propositadamente, têm frequentemente baixa auto-estima e relatam que se sentem solitárias e tristes por ninguém gostar delas (Wheeler & Carlson, 1994; Chipkala-Gaffin, 1998; Gresham et al. 1998, cit in Kos, Richdale & Hayc, 2006). Barkley (2002) é da opinião que esta situação ocorre, porque as crianças com PHDA são menos capazes de cooperar e dividir com outras crianças e “de fazer e manter promessas de trocas mútuas de favores”. Estas competências fazem parte daquilo que o autor designa por *reciprocidade* ou *trocas sociais*, que são a alavanca para a construção de amizades e dizem respeito à “demonstração de relacionamentos interpessoais eficazes com outros” (p.119).

Todas estas questões são problemáticas e têm consequências. Uma delas é a certeza de que, a rejeição de uma criança, é uma situação que tende a manter-se ao longo do seu desenvolvimento (Parker & Asher, 1987, cit in Dupaul & Stoner, 2007), e por isso preditiva de desajustamentos adaptativos na adolescência e na vida adulta. Para além disso, a rejeição prolongada no tempo pelos pares, fará com que a criança com PHDA se percepcione e percepcione o mundo como negativos, vendo afectados “muitos aspectos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afectivo” (Lopes, 2004, p.106). Exemplo disso é a percepção de situações sociais ambíguas, que para estas crianças são quase sempre interpretadas como agressivas, podendo não o ser, tendendo a responder às mesmas de forma igualmente agressiva. Isto verifica-se no caso das crianças com PHDA especialmente agressivas (Lochman, 1994, cit in Lopes, 2004). Neste caso, importa referir a forte correlação existente entre a PHDA e a agressividade, com implicações preocupantes a longo prazo (Lopes, 2004). É sabido que os problemas de agressividade podem descair para outro tipo de situações mais graves, como

dificuldades de comportamento de desafio e oposição, que no caso desta perturbação, integra o estatuto de comorbilidade, para mais de 65% das crianças que a apresentam. Frequentemente estas crianças irritam-se com facilidade, chegando a agredir verbalmente ou até fisicamente outras crianças, com a agravante destes problemas se virem a transformar em problemas de conduta (mentir, roubar, lutar, fugir de casa, destruir propriedade privada e outros) que podem atingir cerca de 45% das crianças com PHDA (Barkley, 2002, p.118). Estas duas situações, ou seja os problemas de conduta e a PHDA, estão fortemente associados ao abuso de substâncias ilícitas como a droga (Biederman et al, 1997, cit in DuPaul & Stoner, 2007).

Para além dos problemas associados à PHDA que referimos, esta população pode ainda apresentar uma série de outros problemas. É comum a existência de problemas ao nível da linguagem, que podem ir do atraso no início da aquisição da linguagem, até às dificuldades no discurso oral; da noção de tempo, do comportamento adaptativo, no desenvolvimento motor e vários problemas de saúde. São ainda descritas situações de comorbilidade entre a PHDA e várias Perturbações Psiquiátricas, como a Perturbação de Oposição e Conduta, a Perturbação do Humor e da Ansiedade, a Doença Bipolar, as Perturbações Psicossomáticas e o Síndrome de Tourette, que atingem taxas de comorbilidade significativas entre estas perturbações.

Os problemas associados à PHDA são vários e com consequências preocupantes que se estendem pelo percurso de vida de todos aqueles que têm a perturbação. 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, diz-nos a literatura, que um dos factores que mais pode influenciar esta situação é a percepção que os professores têm das crianças com PHDA (DuPaul & Stoner, 2007). Para além de terem impacto directo nestas crianças, esta também se estende aos seus pares, influenciando as percepções destes sobre os colegas que têm a perturbação. Facilmente se perceberá, que se a percepção que o professor passou for positiva, muitas das questões que se colocam a estas crianças podem ser atenuadas, no entanto se se verificar o contrário, tudo se conjuga para que os problemas se continuem a adensar para quem tem PHDA. Por isso, a questão coloca-se aos professores no sentido de se apetrecharem com conhecimento que os levem a modificar as suas percepções face a estas crianças, de modo a contribuírem para que melhorem o seu desempenho académico e social.

4 – Intervenção

Tendo em conta a multiplicidade de dificuldades apresentadas por crianças com PHDA nas mais variadas áreas do seu desenvolvimento, importa referir, a importância da intervenção. Neste sentido, as formas de intervenção mais estudadas no âmbito desta perturbação começaram por ser a medicação, a intervenção comportamental e a intervenção cognitivo-comportamental. O uso de medicação demonstrou produzir efeitos mais claros e duradouros; a intervenção comportamental constitui uma ajuda eficaz da medicação; e a intervenção cognitivo-comportamental tem-se revelado pouco eficaz no tratamento da PHDA (Lopes, 2004; p.199). Assim, os vários tipos de intervenção podem ser agrupados segundo duas linhas de actuação: uns estão direccionados para a redução dos sintomas nucleares da PHDA e outros para minorar os restantes problemas associados à mesma (Shelton & Barkley, 1995; Goldstein & Goldstein, 1998; cit in Julio, 2009). Contudo, é necessário ter presente que a intervenção neste campo não se pode reduzir a métodos isolados, dada a natureza multidimensional da PHDA, sendo por isso necessário ter “uma visão holística que permita a combinação” de várias formas de intervenção (Shelton & Barkley, 1995; Goldstein & Goldstein, 1998; cit in Julio, 2009; p.47). É também importante ter presente, os vários contextos de actuação das crianças, uma vez que a intervenção deve atender aos mesmos, já que os problemas acontecem em todos eles. Lopes (2004) refere contextos primários e secundários de intervenção, correspondendo os primeiros à família e à escola, e os segundos aos restantes cenários de actuação ou seja, aos espaços públicos, locais de lazer, casa de familiares e amigos, etc. (p.200).

De acordo com Rodrigues (2008), a investigação tem demonstrado a eficácia a curto prazo da intervenção farmacológica e das terapias comportamentais, no entanto, não há certezas quanto aos seus efeitos a longo prazo. A dúvida coloca-se quanto à sua utilização, isolada ou combinada, devido ao impacto alargado dos sintomas da PHDA na vida de cada indivíduo (p.9). É neste âmbito, que surge um dos mais conhecidos e conceituados estudos - Multimodal Treatment Study of Children with ADHD – MTA -, levado a cabo pelo Instituto de Saúde Mental dos EUA (NINH), em 1992. Foram analisadas 579 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade, durante 14 meses. O estudo teve como objectivo principal comparar diferentes programas de intervenção, e revelou a diminuição de sintomas para todos os programas, após a intervenção (Smith, Barkley & Shapiro, 2006). No entanto, 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. Foi possível verificar 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).

Actualmente, a intervenção no âmbito da PHDA envolve várias abordagens, podendo-se considerar essencialmente, a de tipo farmacológica, não farmacológica, psicossocial ou de tipo multimodal ou combinado (Rodrigues, 2008), sendo esta última, a que tem demonstrado resultados mais eficazes. Esta abordagem baseia-se na combinação de fármacos com outros tipos de intervenção não farmacológica (Rodrigues, 2008) e parece oferecer algumas vantagens. Em primeiro lugar reduz a complexidade da intervenção no que se refere à componente comportamental, uma vez que a medicação actua a esse nível (Atkins et al, 1989; cit in Pelham & Cagney, 1999; cit in Rodrigues, 2008); em segundo lugar a dose de medicação pode ser reduzida em 50%, uma vez que a intervenção comportamental também produz efeitos (Carlson et al, 1992; cit in Pelham & Cagney, 1999; cit in Rodrigues, 2008). No entanto, é importante referir que a intervenção abarca um conjunto alargado de situações, que podem ir do aconselhamento aos pais, quando se trata de perturbações ligeiras do comportamento da criança, até ao internamento residencial, em casos de problemas graves de conduta. Podem ainda englobar, aquilo que Rodrigues (2008) designou por formas intermediárias, que são aquelas que se orientam para a diminuição dos sintomas, para a modificação de comportamentos em sala de aula, ou para a modificação do comportamento nas idades pré-escolares (treino de pais) ou na adolescência (treino de aptidões sociais) (p.11). Presentemente as formas de intervenção com suporte científico quanto à sua eficácia são: (1) a educação parental e dos professores acerca da PHDA; (2) a psicofarmacologia; (3) o treino parental (idade escolar) e intervenção na relação pais-filhos (adolescência); (4) a terapia familiar; (5) a modificação comportamental na sala de aula; (6) a educação especial; (7) o exercício físico regular; (8) os grupos de suporte de pais; (9) e os serviços de apoio familiar (intervenções residenciais e intensivas), (Barkley, 2007; cit in Rodrigues, 2008).

Sendo assim, e dado que a nossa investigação pretende analisar as percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA no contexto escolar, apresentaremos, de forma sucinta, a intervenção do tipo farmacológica e a

modificação comportamental em sala de aula, uma vez que ambas fazem parte do tipo de intervenção utilizada neste cenário.

4.1 – Intervenção em contexto escolar

Uma leitura atenta das características e problemas associados à PHDA, facilmente nos leva a antecipar o possível cenário dentro de uma sala de aula onde esteja presente uma criança com este tipo de perturbação. Ter dificuldade em estar sentado, falar demasiado, ser conflituoso com os pares, não levantar a mão para falar, não ser capaz de acabar os trabalhos dentro do tempo, não ser capaz de se organizar sozinho, são características incompatíveis com uma grande parte dos contextos escolares actuais. Continuam-se a privilegiar métodos de ensino de base tradicional, que dão ênfase a aulas de cariz expositivo, onde o aluno tem um papel pouco activo e onde o que se lhe exige é que esteja calado, sentado e que ouça. Para uma criança com PHDA isto é um problema acrescido e conduz a um agravamento das suas características, impedindo o seu sucesso escolar, levando-a rapidamente ao insucesso. Importa pois, uma intervenção atempada de modo a atenuar estas dificuldades.

Pensar a intervenção para crianças com PHDA exige que se encare a perturbação tendo a consciência que se trata de uma situação crónica, ou seja, que não tem cura, mas que é possível tratar. Para além deste aspecto, é preciso também ter presente, que estas crianças vão continuar a apresentar algumas dificuldades ao longo do seu percurso académico. Portanto, intervir junto de crianças com PHDA é uma tarefa difícil, que requer persistência e método (Lopes, 2004; Barkley, 2006; DuPaul & Stoner, 2007) e cujos efeitos só terão verdadeira expressão, quando se pensar a intervenção com base na conjugação de metodologias que visem os mesmos objectivos (Rodrigues, 2008). Neste sentido, DuPaul & Stoner (2007) recomendam que é necessário focalizar contínua e sistematicamente a criação, implementação e avaliação de adaptações a utilizar em sala de aula, procurando que abarquem abordagens preventivas e remediadoras, para lidar com os problemas apresentados e que envolvam vários agentes de intervenção, (p.127). Assim, a intervenção junto de crianças com PHDA, deverá ser entendida na procura de uma forma de se “lidar com a situação”, com o objectivo de manter as dificuldades geradas pela perturbação, dentro dos limites que não se revelem arriscadas para o próprio nem para os que o rodeiam (Lopes, 2004 p.199).

Para além destes pressupostos, DuPaul & Stoner (2007) apontam um conjunto de outras bases conceptuais nas quais assenta a intervenção em contexto escolar: (1) a PHDA deve ser vista como uma situação grave, que se mantém ao longo do tempo e que tem associados comportamentos de difícil gestão em sala de aula; (2) os comportamentos sociais e académicos estão inter-relacionados e derivam de problemas ligados à instrução; (3) os profissionais envolvidos com crianças com PHDA devem adoptar uma perspectiva educativa para os problemas de comportamento; (4) lidar de modo eficaz e educativo com os problemas de comportamento, obriga ao desenvolvimento e à implementação de programas e planos de apoio ao professor (5) os profissionais responsáveis pelo apoio ao comportamento de crianças com PHDA devem ter treino profissional adequado (DuPaul & Stoner, 2007; p.127 e 128). As bases conceptuais referidas implicam uma intervenção que abrange várias áreas de actuação e que se materializa, através de vários programas estruturados de gestão da PHDA em contexto escolar.

Desta forma, Rodrigues (2008) refere a educação e formação de professores sobre a PHDA, como uma das áreas a intervir. Este aspecto reveste-se de particular importância, uma vez que a investigação tem vindo a demonstrar que o conhecimento e a atitude do professor face à PHDA influenciam a sua disponibilidade para a intervenção em contexto de sala de aula (Bekle, 2004; Ghanizadeh, Bahredar & M., 2006; p.14). Aqui se incluem acções de sensibilização e de formação sobre aspectos conceptuais e de intervenção da PHDA, que clarifiquem a sua natureza, causas, curso e tratamento junto dos professores (Barkley, 2006).

Outra área de intervenção é a relação escola/casa que visa essencialmente a parceria para a aplicação de técnicas específicas de modificação de comportamento. Neste caso é imprescindível que os professores e os pais tenham uma visão fidedigna da PHDA, tanto a nível de conhecimento, como de objectivos realistas para as suas intervenções, e estejam motivados a levar adiante esta colaboração. Em muitos casos torna-se necessária a intervenção de um técnico experiente, uma vez que professores e pais tendem a culpabilizar-se pelo insucesso da criança. As técnicas mais utilizadas neste tipo de abordagem são os “Cartões de Objectivos” e os “Cartões de Avaliação do Comportamento Diário” que transitam entre a escola e a casa (Rodrigues, 2008).

A área comportamental é outra das intervenções, que se estabelece como uma das principais áreas de intervenção em contexto escolar. Inclui a intervenção comportamental, a auto-regulação, a modificação do contexto e do currículo e a relação escola casa. Esta intervenção deve atender à aprendizagem de competências para a auto-monitorização e incluir objectivos respeitantes ao desempenho académico e não apenas ao comportamento. Esta área inclui aspectos relacionados com a modificação do contexto físico da sala de aula, onde devem ser tidos em conta a colocação da criança no espaço-sala, a organização do espaço de trabalho, o posicionamento dos materiais lúdico-pedagógicos e a utilização de elementos organizadores como calendários e quadro de tarefas. Inclui ainda a modificação do comportamento através do uso de “Contratos de Comportamento”, do “*time-out*”, do “sistema de trocas” e do “custo de resposta”, entre outras. Estas técnicas implicam uma utilização sistemática e continuada, de modo a serem eficazes. (Rodrigues, 2008; p. 14)

Direccionadas para os comportamentos impulsivos, em conjunto com as técnicas de modificação do comportamento, utilizam-se as técnicas de auto-regulação, sendo as mais conhecidas a auto-monitorização, o auto-reforço/auto-avaliação, a auto-instrução e a resolução de problemas. Estas técnicas parecem ter efeitos pouco relevantes no contexto onde são aplicadas (Barkley, Copeland & Sivage, 1980; cit in Rodrigues, 2008).

Dentro ainda da área comportamental estão as alterações ao currículo, a modificação das tarefas académicas e as metodologias de ensino. Assim, temos a aprendizagem com recurso ao computador, as modificações ao currículo, que englobam os conteúdos e as tarefas que devem atender às suas reais capacidades e défices (Barkley, 2006), e os métodos de avaliação, privilegiando-se neste caso, a avaliação oral e faseada. Os materiais de suporte à aprendizagem devem também ser adaptados, optando-se por perguntas simplificadas e com pouca informação (Rodrigues, 2008).

Por último temos o recurso a um tutor e o treino de competências sociais. A primeira baseia-se na presença de um par que ajuda o colega com PHDA durante o decurso das tarefas académicas e na aprendizagem de técnicas de auto-regulação; e a segunda é alvo de alguma controvérsia, uma vez que os seus resultados não têm sido os mais eficazes, tendo-se verificado resultados positivos apenas quando há agressividade em comorbilidade (Erhardt & Hinshaw, 1994, cit in Barkley, 2006; cit in Rodrigues, 2008).

Para além das áreas de intervenção e dos respectivos programas a elas associados, importa referir outros factores de ordem prática e conceptual, aos quais é necessário atender aquando da criação de intervenções para crianças com PHDA. Nesta perspectiva, DuPaul & Stoner (2007) recomendam particular atenção a alguns princípios a ter em conta no planeamento da intervenção.

Uma das situações que acontece com frequência nas escolas é o recurso a medidas reactivas e punitivas para se tentar alterar os comportamentos de alunos desatentos. O professor recorre com frequência à reprimenda verbal ou expulsa o aluno da sala quando é confrontado com uma situação disruptiva (White, 1975; cit in DuPaul & Stoner, 2007). No entanto, este tipo de actuação só tem resultados positivos quando aplicada em circunstância muito próprias. Mais eficaz é a aplicação de estratégias preventivas e reactivas, que possibilitam ao professor a manipulação das situações que normalmente antecedem os comportamentos indesejáveis para que as interacções problemáticas não ocorram. Estas estratégias devem ser acompanhadas muito mais, pela utilização do reforço positivo, sempre que ocorrem comportamentos apropriados, em vez do recurso à punição (p. 129). A este propósito Lopes (2004) refere que as regras de ouro para lidar com os alunos em geral são a “instrução e a prevenção”, isto é, na sua opinião, o Professor deve “centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos que corrigidos e em que o professor [...] seja mais proactivo que reactivo.” (pp. 205),

Outro princípio a ter em conta, quando se pretende sucesso na intervenção com crianças desatentas, é procurar que a estratégia utilizada seja aplicada o mais próximo possível da ocorrência do comportamento alvo. Se o problema se deve à atenção e à conclusão dos trabalhos de matemática, por exemplo, então a implementação da estratégia deve acontecer na aula de matemática no momento em que a criança deve concluir o trabalho. Quando mais distanciadas do momento e do lugar da ocorrência forem aplicadas as estratégias, menos provável é o seu êxito. Esta situação acontece em resultado da impulsividade que parece ser a responsável pelas dificuldades de atenção e outros problemas na PHDA (Barkley, 1997; cit in DuPaul & Stoner, 2007). Para se alterar um comportamento impulsivo é necessário fazê-lo quando e onde o problema acontece (DuPaul & Stoner, 2007; p.129).

Para além de se atender à acção no momento em que ocorre o comportamento indesejado é preciso também equacionar a intervenção para crianças com problemas de atenção de forma individualizada. Há tendência para se pensar a intervenção baseada na ideia que todas as crianças com PHDA ou perfil de comportamento têm as mesmas necessidades de apoio, o que não corresponde à verdade. Por esse motivo, é preciso ter em atenção: (1) o nível actual de desempenho académico da criança; (2) a caracterização em termos e função ambiental do comportamento problemático da criança (3) o comportamento alvo e/ou aos resultados mais preocupantes para professores, crianças e pais; (4) e o tipo de instrução utilizada pelo professor que pode ocasionar a limitação da eficácia de algumas intervenções (DuPaul & Stoner, 2007).

Por último, a intervenção em PHDA não deve ser só centrada no professor, ela pode e deve recorrer a outros intervenientes como os pais, os colegas e as próprias crianças com PHDA (Teeter, 1998, cit in DuPaul & Stoner, 2007). Em vez do professor se tornar o único responsável pela abordagem da totalidade das dificuldades da criança, ele deve dividir essa responsabilidade com outros intervenientes no processo (na sala de aula os colegas, em casa os pais, por exemplo) de modo a criar uma estratégia de intervenção mais alargada, aumentando assim as possibilidades de sucesso (DuPaul & Stoner, 2007).

Depois de tidos em consideração os aspectos anteriormente referidos, como linhas genéricas de orientação, no planeamento da intervenção em contexto escolar, importa também atender a aspectos direccionados especificamente para o planeamento da intervenção que visa os comportamentos de alunos com PHDA, já que estes, são talvez, o problema que causa maior impacto em sala de aula.

Assim, a intervenção comportamental deve atender às seguintes questões: (1) os intervenientes no planeamento da intervenção devem apostar numa avaliação rigorosa dos problemas específicos apresentados em sala de aula, para que possam ser traçadas estratégias de intervenção precisas e adequadas; (2) o *feedback* transmitido a estes alunos, deve ser mais frequente e específico do que para os seus colegas, de modo otimizar o seu desempenho, e deve incluir reforços ou recompensas, a serem fornecidos no momento da manifestação do comportamento (as crianças com PHDA tendem a escolher recompensas mais pequenas e imediatas, em vez de outras maiores e mais demoradas após a conclusão dos trabalhos); (3) o elemento fundamental de um

programa de intervenção dirigido para a modificação comportamental na PHDA deve ser o reforço positivo, contudo é necessário considerar que o uso exclusivo do reforço positivo pode distrair a criança da tarefa, pelo que o mais indicado nesta situação é utilizar, em conjunto com o reforço positivo, as consequências negativas (reprimendas leves), de modo a reorientar a criança para a tarefa (as reprimendas devem ser feitas de modo *breve, calmo, e tranquilo* e de forma *particular*); (4) sempre que o comportamento a alterar se prenda com a realização de trabalho autónomo, é conveniente que o mesmo não envolva demasiados passos e as instruções dadas à criança devem ser repetidas por esta, no sentido de a centrar na tarefa; os trabalhos de casa devem também ser divididos em unidades mais pequenas e a quantidade deve ser reduzida de início, sendo progressivamente aumentada à medida que a criança evidencie capacidade de conclusão independente de tarefas cada vez maiores; as tarefas repetidas e rotineiras devem ser evitadas, uma vez que estas crianças desistem facilmente quando confrontadas com as mesmas; (5) o desempenho académico e os seus produtos devem ser o foco da intervenção e não tanto os comportamentos desajustados relacionados com a tarefa (é mais útil orientar a criança para o trabalho académico do que tentar controlá-la através de estratégias comportamentais); (6) as actividades preferidas da criança, por exemplo, actividades de escolha livre ou acesso ao computador, devem ser utilizadas como reforços, em vez do uso de recompensas concretas; os reforços específicos devem ser alternados e variados de modo a evitar o desinteresse por eles; e o professor deve perceber junto da criança, quais são realmente as actividades suas preferidas, em vez de se basear em deduções, e criar uma lista de recompensas; (7) o professor deve antecipar, em conjunto com o aluno, os privilégios dos quais poderá beneficiar em sala de aula, antes do início do trabalho académico, escolhendo a actividade em que gostaria de participar (este cuidado melhora o valor do incentivo positivo); (8) a implementação do programa de intervenção deve ser avaliada e monitorizada, com vista a efectuar ajustes ou mudanças nas etapas do próprio programa, este aspecto é muito importante para que a aplicação do programa seja feita de forma íntegra e fiel ao planeado (Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

As crianças com PHDA apresentam com frequência problemas de comportamento em sala de aula. Intervir neste contexto e nesta situação concreta significa implementar uma variedade de estratégias comportamentais, instrucionais e de aprendizagem, com vista à gestão dos problemas nestas áreas e em último lugar ao sucesso escolar destas crianças.

Para que esta tarefa seja bem sucedida é necessário conhecer com algum grau de profundidade a PHDA, no que se refere às suas causas, evolução e tratamento; é necessário ter consciência que o processo de intervenção envolve vários profissionais e que se estende no tempo; que exige um processo paralelo de avaliação constante para cada etapa da sua implementação; e que é uma tarefa difícil, sujeita a fracassos diários, ultrapassáveis apenas com uma abordagem sistemática e persistente na sua, também, implementação diária.

4.2 – Intervenção farmacológica

Uma vez que a intervenção farmacológica pode ser coadjuvante da intervenção em contexto escolar, é importante referir alguns dos aspectos que envolvem a sua utilização.

Na intervenção com indivíduos com PHDA utilizam-se três tipos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos. Os estimulantes são os mais largamente utilizados e referidos, por serem aqueles que se apresentam mais eficazes. Entre 50 a 95% das crianças medicadas com estimulantes apresentam melhoria no comportamento e no desempenho académico e social (DuPaul & Conner, 2002). Especificamente são descritos efeitos positivos na manutenção da atenção e na persistência do esforço para o trabalho; em sala de aula algumas crianças revelam alterações tão grandes na realização das tarefas que o seu comportamento chega a parecer normal (DuPaul & Conner, 2002). Paralelamente 10 a 30 % das crianças tratadas não apresentam qualquer reacção positiva à medicação, podendo em alguns casos haver agravamento do seu comportamento (Barkley, 2002).

Dentro dos estimulantes o princípio activo mais conhecido é o *metilfenidato*, sendo também utilizados a *d-anfetamina*, a *d e l-anfetamina* e a *pemolina*. Estes fármacos actuam aumentando a capacidade de excitação do cérebro, activando a área responsável pela inibição do comportamento e pela manutenção da atenção. Concretamente actuam ao nível do transporte de moléculas de dopamina e de norepinefrina (Shelton & Barkley, 1995; cit in Rodrigues, 2008), aumentando a sua disponibilidade no cérebro. Pensa-se que é por este motivo que as crianças com PHDA melhoram o seu desempenho, uma vez que é activada a zona pré-frontal do cérebro, que se crê que seja o centro dos problemas da PHDA (Barkley, 2002).

Apesar da eficácia demonstrada, o uso de estimulantes está contra-indicado para uma estimativa de 1 a 3 % das crianças com PHDA (Barkley, 2002). Como qualquer medicamento os estimulantes também podem provocar efeitos secundários, sendo os mais relatados a perda de apetite e perda de peso, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aumento da actividade cerebral, insónias, tiques nervosos, psicose temporária, nervosismo, erupções cutâneas, náuseas, tonturas, dores de cabeça, e comprometimento do crescimento. Mesmo que algum destes efeitos secundários ocorra, a situação tende a normalizar em 24 horas com a suspensão da medicação (Sousa, 2004; Barkley, 2002).

Para além dos estimulantes podem também ser utilizados os tranquilizantes e anti-depressivos na intervenção da PHDA. Este tipo de medicação só chega a ser utilizada quando os estimulantes não fazem efeito ou quando há ocorrência de efeitos secundários indesejáveis. Os seus efeitos são menos duradouros e causam maior número de efeitos secundários como o aumento da pressão arterial ou problemas cardíacos. Os estudos levados a cabo para avaliar os efeitos deste tipo de medicação envolveram amostras reduzidas, incluindo apenas medições realizadas por pais e professores e apresentavam problemas de ordem metodológica. Por este motivos, DuPaul & Stoner (2007) recomendam que devem ser mais largamente estudados, até poderem ser considerados uma alternativa viável aos estimulantes.

De acordo com Rodrigues (2008), a administração de estimulantes deve obedecer a alguns critérios. Em primeiro lugar deve ser alvo de um estudo diário e detalhado do comportamento da criança, em parceria com uma avaliação clínica, periódica, realizada por um médico, da sua evolução. Esta monitorização permite detectar sinais indicativos de dosagens erradas ou de que o medicamento não é o mais indicado para o caso em análise. Em segundo lugar todos os efeitos secundários detectados devem ser tidos em consideração e registados, ocorrendo na maior parte dos casos por erro de dosagem (p.11).

Neste campo o professor tem um papel muito importante a desempenhar, através das informações que pode prestar aos pais ou aos médicos sobre os efeitos da medicação no comportamento das crianças, uma vez que estes medicamentos são mais activos durante o período escolar. Mas o seu papel não se restringe apenas a este aspecto, ele pode ser decisivo em momentos anteriores ao início da prescrição da medicação, desde logo na

avaliação que faz do comportamento das crianças que possa ser suspeito de um possível diagnóstico de PHDA. Neste caso o professor pode e deve encaminhar a criança para uma consulta da especialidade a fim de ser confirmado ou não o diagnóstico e de se aferir a necessidade da medicação. Quando a criança já é medicada, o professor pode ajudar no acerto da dosagem correcta a tomar, uma vez que está numa posição privilegiada para detectar mudanças no controle do comportamento e no desempenho académico. O preenchimento de escalas da avaliação do comportamento é muito útil neste aspecto. Por último, estando a dosagem do medicamento definida, é importante que o professor continuar a monitorizar as alterações de comportamento, porque estas podem indicar necessidade de novo ajuste na dosagem da medicação (DuPaul & Stoner, 2007).

Embora os resultados dos estudos relativos aos estimulantes os indiquem como uma opção na intervenção da PHDA, nem todas as crianças devem ser medicadas com este tipo de fármacos. A sua prescrição deve atender a alguns factores, nomeadamente: (1) à idade da criança, a duração e a severidade do problema; (2) à história de sucesso ou fracasso de medicações anteriores; (3) à ausência na história familiar de tiques ou Síndrome de Tourette; (4) os níveis de ansiedade dentro do normal; (5) à motivação dos pais para o tratamento; (6) à ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais; (7) e à responsabilização dos pais em seguir as normas da administração consoante o prescrito. (Rodrigues, 2008; p. 11).

A mesma autora refere ainda que o uso deste tipo de fármacos deve obedecer a uma correcta avaliação clínica da situação e a uma análise criteriosa da frequência e intensidade dos sintomas e do seu grau de disrupção. Este aspecto é importante uma vez que este tipo de intervenção permite a diminuição de sintomas disruptivos e permite a utilização de outras estratégias de intervenção com maior eficácia. A sua utilização deve ser ponderada, e atender à situação individual de cada criança, nomeadamente ao seu plano de saúde, aos sintomas secundários e às suas condições de vida familiar e escolar, (p. 12).

A intervenção farmacológica na PHDA envolve vários tipos de medicamentos que têm sido usados para melhorar a atenção e o funcionamento comportamental e académico de crianças com PHDA. De entre os vários tipos de medicação utilizados os estimulantes são os mais eficazes na gestão dos sintomas da PHDA. A resposta positiva ao

medicamento evidência melhoras significativas no tempo da atenção, no controle dos impulsos, no desempenho académico e no relacionamento com pares, em crianças com PHDA. Contudo, a eficácia geral da intervenção com estimulantes é limitada, sendo necessário o recurso a outras formas de intervenção (modificação comportamental por exemplo), para otimizar a longo prazo as probabilidades de melhoras no estado comportamental e académico das crianças com PHDA (DuPaul & Stoner, 2007). Neste sentido, é utilizada actualmente a chamada intervenção multimodal parecendo oferecer os melhores resultados na abordagem à PHDA, conforme está documentado no *Multimodal Treatment Study of Children With ADHD* (MTA, 1999).

5 – As percepções e atitudes do professor

5.1 – As percepções do Professor

Falar sobre as percepções dos professores implica, em primeiro lugar, definir o que se entende por “*percepção*”. *Percepção* deriva do latim “*perceptio-ōnis*” e refere-se à acção ou resultado de perceber. Mais especificamente é “uma representação mental de objectos ou acontecimentos exteriores, com base numa ou em múltiplas impressões sensoriais” (Lisboa, 2001, p. 2819). Associando esta definição ao professor, podemos dizer que as percepções dos professores se referem às representações mentais que os mesmos organizam sobre a realidade educativa onde intervêm. Contudo, a literatura diz-nos que esta questão não é assim tão clara e várias são as considerações sobre a mesma.

A realidade das percepções aparece ligada às representações sociais. Estas podem ser entendidas como a reprodução mental que cada um de nós faz do mundo e dos outros, envolvendo incorrecções e enviesamentos decorrentes do indivíduo enquanto pessoa. (Baliza, 2002). Neste sentido, as representações sociais são consideradas vulneráveis, na medida em que o indivíduo pensa e constrói a sua representação em função de si próprio. A realidade que cada um edifica, é povoada por um conjunto de múltiplos factores, que têm origem no meio onde nos inserimos, passando pela comunidade onde desempenhamos a nossa prática profissional. A edificação ou construção desta realidade, enquanto processo de representação do indivíduo, pressupõem o seu próprio comportamento e a mobilização de todas as suas dimensões enquanto sujeito.

Estabelecendo um paralelo entre *representações sociais* e *percepções*, podemos verificar que os dois conceitos se interligam. Ambos implicam a representação mental da realidade do indivíduo, baseando-se o primeiro conceito no segundo. Isto é, para

representarmos mentalmente determinada realidade, neste caso, a realidade educativa, temos em primeiro lugar de a perceber com toda a carga de estímulos que lhe está associada. Deste mesmo modo, refere Vala (Bruner, 1951,1957, cit in Vala, 2006) que a percepção deve ser entendida como o resultado da acção de factores *autóctones*, que dizem respeito às características do estímulo e à estrutura da informação; e a *factores comportamentais*, que dizem respeito a aspectos motivacionais, emocionais e sociais do indivíduo. O resultado da acção entre os factores referidos resulta num processo de organização e interpretação dos estímulos sensoriais, ao qual se chama *percepção* (Baliza, 2002).

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 acção e resposta no cenário da sua actuação. Na prática, o professor presentear-nos-á com uma intervenção educativa, influenciada ou condicionada por aquilo que é enquanto indivíduo e pelas realidades que dele fazem parte. O resultado desta interacção estará patente em todas e cada uma das atitudes que o professor adoptar enquanto actor da realidade educativa.

E é com base nesta encruzilhada que situamos a base empírica da nossa investigação: na relação que se estabelece entre o professor e as percepções que tem sobre a PHDA, apoiada pelos mais conceituados investigadores nesta área.

De acordo com Fonseca e colaboradores (1998) a investigação das percepções 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 projectar uma intervenção mais ajustada junto destas crianças. Neste sentido, a investigação tem demonstrado, que há, muitas vezes, um desfasamento entre a realidade e as percepções que o público tem sobre os problemas de comportamento das crianças, tanto no que diz respeito à sua natureza e gravidade, como às estratégias de intervenção mais adequadas (Roberts, 1994 cit. in Fonseca, et al 1998). Do mesmo modo acontece no caso específico da PHDA. Fonseca (1998) considera que o primeiro passo para uma intervenção neste âmbito, passa “pela modificação das expectativas e atitudes irrealistas ou distorcidas” (pp.210), que os professores, pais e educadores em geral possam ter, sobre os comportamentos destas crianças. O objectivo

último é, segundo mesmo autor, apurar até que ponto as percepções que cada um tem sobre o comportamento da criança com PHDA, pode ou não influenciar as suas reacções aos problemas das referidas crianças.

Esta questão torna-se essencial se pensarmos no contexto escolar e nas dificuldades que estas crianças ali experienciam. Para o professor é fundamental ser conhecedor da realidade da PHDA, de modo a melhor poder lidar com os problemas que se lhe colocam no dia a dia.

Com efeito, conhecer as percepções sobre a PHDA, afigura-se essencial, especialmente no caso dos professores, uma vez que há evidências científicas que encontram relação entre essa mesma percepção e a atitude que se manifesta quando se lida com crianças com esta perturbação.

5.2 – As atitudes dos Professores

É consensualmente reconhecida a influência que as atitudes têm no desenrolar do processo educativo apesar da sua difícil definição bem como investigação. No entanto, os aspectos que se referem ao estudo das atitudes têm recebido da parte da comunidade científica uma particular atenção, tendo sido alvo de inúmeras investigações (Ritter, 1989,; Vaughn, et al., 1996; Villa, Thousand & Nevin, 1996, Wood, 1998, cit. Camisão, 2004). Assim sendo, é no domínio das ciências sociais que a investigação sobre as atitudes ganhou maior relevância sendo consideradas elementos básicos das relações sociais apesar de não existir consenso quanto à sua definição.

Segundo Lima (2000), o conhecimento das atitudes do sujeito reveste-se de toda a importância, não só a nível individual e interpessoal, como também a nível político e social. Para esta autora, o conceito de atitude visa medir a forma de agir e de pensar dos indivíduos, pelo que as atitudes têm uma estreita ligação aos comportamentos. Esta perspectiva tem por base a definição de atitude preconizada por Eagly & Chaiken (1993, cit in Lima, 2006) que a define como “um constructo hipotético referente à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (pp. 188). O que segundo a mesma autora, engloba três dimensões distintas: o aspecto psicológico, que se refere aos processos psicológicos internos do indivíduo; o julgamento avaliativo que implica a expressão das atitudes segundo um julgamento favorável ou desfavorável, podendo ser de origem cognitiva, afectiva ou comportamental; e a referência a um objecto específico, que pode ser uma entidade

abstracta ou concreta, uma entidade específica ou um comportamento (Lima, 2006; pp.190).

As dimensões referidas anteriormente estão também contidas na definição de Triandis, (1971, cit. in Verdugo et al. 1995, cit. in Camisão, 2004) que nos diz que as atitudes englobam três componentes: a ideia, a emoção, e a predisposição para a acção. Ou seja uma componente cognitiva que diz respeito ao conjunto de ideias, opiniões, pensamentos, crenças e percepções sobre um objecto; uma componente afectiva que diz respeito ao conjunto de sentimentos e emoções que se estabelecem na presença de um objecto e que desencadeiam a aproximação ou o afastamento do mesmo consoante esses mesmos sentimentos sejam positivos ou negativos e uma componente comportamental que engloba as reacções perante o objecto da atitude (Verdugo, at. Al, cit. Camisão, 2004).

Podemos assim aferir, que as atitudes envolvem aspectos internos do indivíduo, que implicam um julgamento do próprio, feito sobre alguma coisa ou alguém, expresso através do seu comportamento. Neste sentido, as atitudes do professor envolvem um julgamento assente em ideias, opiniões, pensamentos, crenças e emoções, sobre o seu objecto de acção, ou seja, sobre a realidade educativa, cujas reacções são condicionadas pelas considerações internas que tiver sobre ela. Fazendo um paralelo com o ponto anterior, verificamos que estamos a falar de percepções, donde podemos concluir que as atitudes do professor estão fortemente dependentes destas últimas, condicionando toda a sua acção. Esta concepção é corroborada por Malouf & Schiller (1995), investigadores na área da pesquisa em educação, que nos dizem que as atitudes e as crenças exprimem percepções e pensamentos e funcionam como filtros na interpretação da realidade, podendo influenciar comportamentos.

A associação das atitudes à possível alteração de comportamentos remete-nos para a questão das atitudes do professor face à aprendizagem e face aos alunos. Estas duas dimensões das atitudes influenciam a forma como o professor ensina e como se relaciona com os alunos. Neste sentido, a investigação tem demonstrado que o professor com níveis conceptuais baixos tende a ser mais autoritário e a utilizar apenas um método de ensino com todos os alunos, enquanto o professor com níveis conceptuais mais elevados recorre a vários tipos de estratégias de ensino, conseguindo responder às

diferenças individuais dos alunos, elevando por consequência o rendimento académico dos mesmos (Sprinthall & Sprinthall, 1993, p. 362).

No que diz respeito às atitudes face aos alunos, estão identificadas algumas características (classe social, a raça, pertencer a famílias monoparentais, o comportamento, o sexo e o rendimento académico), que podem influenciar de forma negativa o modo como o professor trata os alunos, comprometendo a sua possibilidade de sucesso académico. (Sprinthall & Sprinthall, 1993, p. 384).

Considerando as atitudes negativas que o professor possa ter em relação aos seus alunos, advindas das suas crenças, opiniões, ideias e pensamentos, condicionando o modo como ensina, torna-se necessário equacionar as atitudes sob o ponto de vista da sua alteração, atendendo ao facto das mesmas serem susceptíveis de mudança. Neste sentido, estudos mais recentes, procuram identificar as variáveis que influenciam as atitudes dos professores, pelo que encontramos referências às atitudes face à inclusão educativa, ao tipo de estratégias implementadas em sala de aula e à percepção do sentido de auto-eficácia (Camisão, 2004). Bender e colaboradores (1995), avaliando as atitudes dos professores a nível do sentido de eficácia e a nível da integração, concluíram que os professores com atitudes mais positivas são os que usam estratégias instrucionais mais adequadas (e com mais frequência) do que os que têm atitudes menos positivas.

Atendendo aos componentes das atitudes anteriormente descritos e fazendo o contraponto com o realidade educativa, facilmente conseguimos perceber a importância do estudo das atitudes na relação que envolve o professor e o aluno e vice-versa. Esta importância reside no facto de se perceber se o conhecimento (*percepção*) sobre a individualidade do aluno, influencia os sentimentos e as reacções comportamentais (*atitude*) face a esse mesmo aluno.

No caso da nossa investigação importa perceber se a *percepção* que o professor tem sobre a PHDA, influencia a sua *atitude*, perante uma criança com a referida perturbação, ao nível do relacionamento com a própria criança e nomeadamente nas estratégias de ensino utilizadas. Como foi dito anteriormente, os professores que possuem um nível conceptual mais elevado utilizam estratégias de ensino mais diversificadas o que lhes permite responder às necessidades individuais de cada aluno, pelo que no caso específico da PHDA, podemos inferir que um conhecimento sobre a perturbação, livre

de crenças e mitos, assente numa base científica, poderá desencadear uma atitude positiva perante estas crianças e por consequência aumentar o seu rendimento escolar. Sendo vistas pelos professores como pouco esforçadas, preguiçosas e malcriadas, ideias decorrentes do impacto que causam em sala de aula por via da sintomatologia associada à perturbação, torna-se necessário pensar ao nível da modificação da atitude do professor perante estas crianças, de acordo com as variáveis que estão identificadas como passíveis de ajudarem a alterá-la, ou seja, ao nível da inclusão destas crianças e do tipo de estratégias utilizadas na instrução. A atitude só será alterada a partir do momento que o professor encare estas crianças de uma forma positiva e para isso concorre o conhecimento que tem ou não sobre a PHDA. Neste sentido, DuPaul e Stoner (2007) atribuem um papel preponderante aos professores, no que diz respeito à “formulação e condução da instrução” no sentido de esta se orientar para o desenvolvimento de habilidades tanto académicas quanto sociais, de modo a prevenir e resolver problemas que surgem nestas áreas (p. 127).

Decorrente do impacto causado em contexto escolar por crianças com PHDA surge a necessidade de intervenção junto das mesmas. Intervenção essa, protagonizada pelo professor, e que se quer assente no conhecimento (*percepção*) que tem sobre a perturbação, de modo a adequar a sua intervenção (*atitude*) às necessidades específicas destas crianças (Wilkinson & Lagendijk, 2007), consequência da sintomatologia que apresentam. Importa por isso perceber que tipo de relação se estabelece entre o conhecimento (*percepção*) que o Professor tem sobre a PHDA e os sentimentos e consequentes comportamentos (*atitude*) que o mesmo manifesta na relação pedagógica que estabelece com estas crianças. Quanto maior conhecimento, melhor será o resultado dessa relação, em termos de desempenho para o aluno? Alguns estudos realizados neste âmbito apontam nesse sentido como será referido adiante.

5.3 – As percepções e atitudes do Professor face à PHDA

Barkley (2006) aponta como factor de primordial importância na intervenção junto de crianças com PHDA, a atitude dos professores. Uma atitude proactiva de envolvimento efectivo no processo de intervenção, bem como um conhecimento dos instrumentos de despiste e sua aplicação são cruciais para o sucesso do tratamento. Contudo, a investigação tem demonstrado que são também os professores, um dos maiores obstáculos no atendimento às necessidades das crianças com PHDA (Shapiro &

DuPaul, 1993, cit. in Sciotto et al, 2000). 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. (Pfeiffer & Barkley, 1999, cit in Sciotto et al, 2000).

Com efeito, ao longo das duas últimas décadas, realizaram-se vários estudos que procuraram esclarecer a importância do conhecimento/percepção da PHDA, junto dos professores e a sua influência na sua atitude face a crianças com a perturbação. Colocado numa situação privilegiada de observador e de interventor do e no contexto escolar, um dos cenários que regista maior desadaptação nestas crianças, torna-se clara a importância do seu papel, especialmente ao nível da instrução, ou seja, na forma de fazer com que estas crianças adquiram competências académicas e sociais.

Sabendo-se que os professores passam a ser mais controladores e autoritários em resposta aos problemas de comportamento desencadeados por crianças com PHDA e que por isso, as suas interações se tornam mais negativas, condicionando ainda mais os seus já limitados sucessos académicos e sociais, ao mesmo tempo que reduzem a sua motivação para aprenderem e diminuem a sua auto-estima (Barkley, 2002), impõem-se a necessidade de alteração desta situação, só possível através do alargamento do conhecimento sobre o que é a PHDA e as suas implicações a médio e longo prazo para as crianças com a perturbação. Segundo Barkley (2006), a avaliação do conhecimento e atitudes do professor face à PHDA é o primeiro passo para uma intervenção escolar (Pfeiffer & Barkley, 1990, cit in Sciotto, Terjesen, & Frank, 2000). Neste sentido apresentamos a seguir alguns estudos realizados em vários países que abordam a relação entre o conhecimento/percepção sobre a PHDA e o seu impacto ao nível da intervenção. Isto é, ser conhecedor da natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, implica uma melhor atitude pedagógica, na intervenção com crianças com esta perturbação?

Sciotto e colaboradores (2000) realizaram um estudo que teve como objectivo distinguir entre os mitos ou crenças que os professores têm sobre a PHDA e aquilo que realmente não sabem sobre a perturbação. Segundo estes autores, importa fazer esta distinção, uma vez que é muito diferente ter um professor que acredite, por exemplo que o açúcar potencia os sintomas da PHDA e um que não tenha conhecimento sobre a investigação nessa área. O primeiro irá provavelmente propor alterações na dieta das crianças, enquanto o segundo procurará mais informação sobre o assunto, o que provavelmente o

levará a ter uma atitude na intervenção mais adequada. (DiBattista & Shepherd, 1993, cit in Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000).

Este estudo envolveu uma amostra de 149 professores a leccionarem em escolas do 1º ciclo de seis distritos escolares de Nova York, sendo que alguns deles tinham experiência de leccionação em turmas de educação especial. Os investigadores partiram do preenchimento 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*) contemplando três domínios: sintomas e diagnóstico, formas de tratamento e conhecimentos gerais sobre a perturbação (por exemplo a evolução da perturbação ou a sua prevalência); outro para recolha de dados demográficos e o terceiro para analisar a percepção dos professores acerca da sua própria auto-eficácia, (p. 117)

A análise dos resultados permitiu constatar que o número de respostas correctas na escala de sintomas e diagnóstico era significativamente superior ao verificado nas outras duas subescalas. Verificou-se também que o nível de conhecimento dos professores estaria positivamente relacionado com a percepção de auto-eficácia, com a experiência anterior com crianças com PHDA e com os anos de experiência de leccionação, (p. 120)

Estes últimos resultados são de realçar, uma vez que espelham a importância do conhecimento sobre a PHDA. Um professor que tenha tido experiência de ensino com crianças com a perturbação apresenta um maior conhecimento sobre a mesma e esse conhecimento aumenta se o número de crianças que ensinou aumentar. Segundo os autores, este facto é explicado, pela interação que se estabelece com a criança, que leva o professor a tomar contacto com informação relevante sobre a perturbação, incluindo o contacto com os sintomas, informação sobre os critérios de diagnóstico e formas de intervenção, (Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000, p. 121).

Neste sentido Reid e colaboradores (1994, cit. in Bekle, 2004) investigaram o impacto da experiência dos professores ao nível da auto-eficácia com alunos com PHDA. Os resultados do estudo apontaram para o seguinte: professores com experiência no trabalho com crianças com PHDA revelaram maior confiança e capacidade de adaptação de materiais e currículos ao contrário dos professores sem esta experiência. Estas evidências sugerem, que a atitude do professor pode ser influenciada pelos seus conhecimentos e experiência, com reflexos na intervenção em sala de aula e em

consequência pode afectar a performance dos alunos com PHDA. Torna-se necessário que os professores tenham conhecimentos e atitudes realistas sobre a perturbação. Esse conhecimento passa pela informação específica sobre a PHDA, pelo conhecimento das estratégias de intervenção e de métodos de instrução académica adequados a estas crianças e pelo reconhecimento de que estas crianças enfrentam desvantagens específicas dentro da sala de aula. (Barkley, 1990; Fiore, Becker, & Nero, 1993; Goldstein & Goldstein, 1998; cit. in Bekle, 2004)

Em contraste com o referido anteriormente, a investigação da variável idade do professor tem comprovado que os professores mais velhos têm tendência para terem atitudes negativas para com estas crianças, quando comparados com professores mais novos. Mesmo assim, a maioria dos professores mostra tratar as crianças com PHDA de forma diferente, o que nos indica que os professores podem afectar negativamente o comportamento destas crianças, pois questionam-nos menos e mandam-nos calar frequentemente, elogiando-os menos e criticando-os mais, (Bay & Bryan, 1991; Li, 1985, cit in Bekle, 2004).

Neste sentido, Bekle (2004) dá-nos conta de uma investigação realizada nos Estados Unidos e no Canadá (Jerome et al., 1994), onde se conclui que os professores formados há menos tempo, com menos anos de serviço têm um melhor e maior conhecimento sobre esta perturbação do que aqueles que trabalham há muitos anos.

Para tentar esclarecer estas questões a mesma autora (Bekle, 2004), levou a cabo na Austrália um estudo, réplica do realizado por Jerome e colaboradores (1994 cit in Bekle, 2004), que comparou professores em funções e alunos universitários em formação de professores. Envolveu uma amostra de 70 indivíduos (N=70), sendo que 30 eram professores em exercício de funções e 40 eram alunos universitários, do último ano do curso de formação de professores. Os primeiros pertenciam a seis escolas públicas e os segundos frequentavam a Universidade de Perth.

Dos resultados obtidos, interessa ressaltar que se verificam algumas lacunas no conhecimento dos professores sobre a PHDA, especialmente as que se relacionam com a crença sobre a eficácia da intervenção através de dietas.

Em relação às duas amostras os resultados são semelhantes para os dois grupos em estudo, no entanto os professores mais velhos destacam-se por apresentarem respostas

mais exactas às questões levantadas, o que nos remete para a influência que a experiência profissional pode ter ao nível da aquisição de conhecimento sobre a perturbação, em detrimento da influência da formação inicial.

Outro dado importante a reter, é que nem sempre ter melhor conhecimento sobre a perturbação, corresponde à implementação das diferentes formas de intervenção, o que levanta a questão da necessidade de se averiguar quais as razões que estão na base da aceitação ou não das diferentes formas de intervenção.

Fernandez e colaboradores realizaram em 2007 uma réplica do estudo realizado por Siciutto e colaboradores (2000), envolvendo 193 professores dos quais 68 leccionavam na educação Pré-escolar e 125 na educação primária, pertencentes a escolas da província de Valencia em Espanha. Foi feita uma tradução do *KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*, de forma a avaliar o conhecimento dos professores nas três áreas contempladas pela escala: conhecimentos gerais, sintomas e diagnóstico e formas de tratamento da PHDA. Dos professores inquiridos uma percentagem de 13,8% estavam ligados à educação especial (p.586).

De acordo com os resultados obtidos constatou-se que os professores tinham mais conhecimento na área dos sintomas e diagnóstico, atingindo uma percentagem de 63,88% de respostas correctas. Na subescala de conhecimentos gerais apresentaram apenas 31,67% de respostas correctas e na escala de formas de tratamento 40,46%. Estes resultados indicam que os professores responderam de forma correcta a menos de metade dos itens da escala o que corresponde a 15,31 itens dos 36 que a compoem (Fernández & Casas, 2007).

São de notar ainda os resultados obtidos relativamente às correlações entre as variáveis sociodemográficas e de formação, com o conhecimento dos professores. Neste aspecto não se verificaram correlações significativas entre o conhecimento e os anos de experiência profissional, bem como, entre estes últimos e o nível de auto-eficácia percebida. Parece assim suceder, que o número de anos de experiência docente não está directamente relacionado com um maior conhecimento sobre a PHDA, nem com um aumento da percepção da capacidade para lidar de forma eficaz com crianças com PHDA. Porém, verificaram-se correlações positivas entre o número de horas de formação específicas sobre a PHDA e o conhecimento sobre a PHDA, bem como, entre

o número de horas de formação específica sobre a PHDA e o nível de auto-eficácia percebida pelos professores (Fernández & Casas, 2007, p. 589).

Os últimos dados referidos podem assim explicar, segundo os autores, os baixos resultados obtidos na subescala de conhecimentos gerais, dado que apenas 51,6% dos professores confirmou ter recebido formação específica acerca da PHDA (Fernández & Casas, 2007, p. 589). Este dado é relevante se se considerar a taxa de prevalência da perturbação, uma vez que há outros estudos a confirmarem, que a grande maioria dos professores não recebeu formação específica nesta área de forma a lidar com crianças com PHDA e os que receberam consideram que ela não foi suficiente (Jerome et al., 1994; Jerome et al 1999; Reid et al. 1994 cit in Pinheiro, 2009).

O conhecimento/percepção dos professores face à PHDA, tal como temos vindo a mencionar, tem sido alvo de inúmeros estudos, abarcando espaços geográficos tão amplos como os EUA, a Europa, passando pela Austrália, China, Brasil e Médio Oriente. Deste conjunto merece-nos referência um estudo realizado por Ghanizadeh e colaboradores (2006) no Irão, que envolveu 196 professores do ensino primário pertencentes a quatro áreas escolares da província de Shiraz. Segundo os autores a descoberta mais surpreendente deste estudo é o facto dos professores possuírem um baixo nível de conhecimento acerca da PHDA e atitudes pouco tolerantes face a alunos com a PHDA.

Se se atender às causas da perturbação, verificou-se que 46,9% dos professores inquiridos concordam que a PHDA se deve a alguma vulnerabilidade biológica ou genética. Em contraste com 53,1% dos professores que acreditam que a PHDA é originada por uma educação demasiado permissiva (p. 5).

Um outro aspecto a reter diz respeito ao tipo de abordagem utilizada perante estas crianças. Verificou-se que 64% dos professores inquiridos acredita erroneamente que as regras utilizadas para disciplinar crianças sem PHDA, são as mesmas que se utilizam com crianças com PHDA. Neste sentido verificou-se uma correlação significativa entre o conhecimento dos professores acerca da perturbação e a sua atitude, o que segundo os autores, indica que aqueles que sabem mais sobre a PHDA têm também uma atitude mais tolerante perante estas crianças. Este aspecto torna-se relevante para os autores da investigação, pois é considerado a chave para o desenvolvimento de atitudes

mais tolerantes, bastando para tal aumentar o conhecimento dos professores através de formação especializada em PHDA (Ghanizadeh, et al, 2006 p.4).

Para investigar o conhecimento da população brasileira sobre aspectos clínicos da PHDA, realizou-se em S. Paulo um estudo levado a cabo por Gomes e colaboradores (2007) que inquiriu 2117 indivíduos, abarcando médicos de várias especialidades, educadores e psicólogos.

Tal como temos vindo a ilustrar com os estudos anteriores, também este aponta para um nível de conhecimento sobre a PHDA desfasado das evidências científicas. Apesar dos profissionais inquiridos reconhecerem a PHDA como uma entidade clínica (Gomes, Palmi, Barbirato, Rohde, & Mattos, 2007 p. 99), todos, revelaram possuir um conhecimento sobre a perturbação, baseado em crenças e mitos, o que segundo, os autores é preocupante porque pode contribuir para diagnósticos e tratamentos inadequados. Neste aspecto, o grupo dos educadores apresentou um resultado inquietante, uma vez que foi o único, onde uma parte significativa, referiu que a PHDA não é uma doença. Considerou também (77%) que a prática de desporto é mais adequada como forma de tratamento do que a medicação. Se considerarmos que estes profissionais são responsáveis pelo encaminhamento, diagnóstico e tratamento destas crianças, este dado é importante, pois pode deixar sem resposta adequada algumas delas. Torna-se essencial encontrar uma forma de eliminar estas concepções de modo que os professores possam identificar e encaminhar estes casos mais correctamente (Gomes, Palmi, Barbirato, Rohde, & Mattos, 2007, p.100) .

Para medir o impacto do conhecimento sobre a PHDA no comportamento e nas percepções dos professores, realizou-se recentemente em Melbourne na Austrália um estudo (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008), que abrangeu 140 professores do 1º ciclo , sendo que 119 eram professores do sexo feminino e 31 do sexo masculino. Todos os professores tinham tido experiência de leccionação com pelo menos uma criança com PHDA.

Dos resultados do estudo verificou-se que os professores apresentavam um conhecimento acima do esperado tanto na área do conhecimento sobre a PHDA como em relação aos mitos sobre a perturbação. Encontraram-se ainda evidências dum impacto consistente entre o conhecimento e a forma como os professores percebem e intervêm face a crianças com PHDA, susceptível de ter implicações para as crianças,

tanto a médio como a longo prazo (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p.443).

Interessa mencionar que, no que diz respeito ao conhecimento sobre a PHDA, este estudo apurou resultados semelhantes a outros estudos também por nós referidos (Jerome et al., 1994, cit in Bekle, 2004; Bekle, 2004). Os professores revelaram ter mais conhecimento na área dos sintomas e diagnóstico, onde 80% referiu correctamente que as crianças que não apresentam Hiperactividade podem ter PHDA. Estas evidências sugerem, segundo os autores, que os professores estão conscientes que as crianças com PHDA podem manifestar apenas sintomas de desatenção, o que pode ajudar na sua identificação e encaminhamento. Revelaram também que os sintomas da PHDA não são intencionais. E a grande maioria dos professores (92%), referiu que as crianças com esta perturbação não se comportam mal intencionalmente (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008 p. 443).

Constatou-se também que os professores inquiridos apresentam conceitos errados sobre a PHDA, mais especificamente no que se refere ao tratamento e às causas da perturbação. Só alguns professores (27%) referiram acertadamente que as causas da PHDA não se relacionam com o açúcar ou aditivos alimentares e só 13% referiu correctamente, que as alterações na dieta não são tratamento adequado para crianças com PHDA. Estes resultados indicam-nos que há uma grande parte de professores a apresentarem concepções erradas sobre a perturbação (444).

Outro dado interessante a reter é que na generalidade o conhecimento que os professores têm sobre a PHDA, tem um impacto significativo na referência de comportamentos e percepções face a crianças com PHDA. Contudo os resultados sugerem também que um maior conhecimento nem sempre significa maior confiança para lidar com uma criança com PHDA em sala de aula (p.444). Comparando os professores com menos conhecimento com os professores com conhecimento mais elevado, verifica-se que os últimos têm significativamente mais probabilidade de referir que estas crianças beneficiariam de serviços de avaliação profissionais assim como encorajariam os pais a procurar os mesmos serviços. Quanto aos professores com conhecimento mais baixo, a incógnita é saber se um professor que não perceba a utilidade dos serviços de avaliação profissionais pode, em última análise prejudicar as crianças que têm necessidade desses serviços, acabando por não as encaminhar para os

mesmos. Esta concepção, segundo Ohan e colaboradores, pode dissuadir os pais, de procurar ajuda para os seus filhos levando-os a pensar que não há problema nenhum com os mesmos (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 444).

Para os autores do estudo é importante considerar que, sendo os professores os primeiros a recomendar ou a procurar o acesso a determinados serviços de avaliação, estas evidências sugerem que, o aumento do conhecimento sobre a PHDA pode ser uma maneira eficaz de assegurar que as referências feitas são sempre no melhor interesse das crianças (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008).

A referência para serviços de avaliação remete-nos para a questão do diagnóstico/“rótulo”. Neste sentido coloca-se a questão de saber se ele é benéfico ou eventualmente prejudicial. Referindo Fernald & Gettys (1980), Ohan e colaboradores (2008) recordam que o rótulo pode ser benéfico, dado que pode desencadear sentimentos de simpatia, tolerância e compreensão para com uma criança com PHDA, no entanto também pode ter um impacto negativo nas percepções do professor e levar a criança a ter um aproveitamento mais pobre (p.444).

Este estudo permitiu ainda avaliar o impacto do conhecimento sobre a PHDA, nas percepções dos professores sobre as formas de tratamento e sobre as estratégias mais utilizadas para gerir a sintomatologia desencadeada pela perturbação. Verificou-se que, na generalidade, os professores percebem a medicação como algo pouco útil para gerir os sintomas da PHDA. Contudo, analisando esta percepção de acordo com o nível de conhecimento dos professores, constatou-se que os professores com um conhecimento médio sobre a PHDA percebem a medicação como sendo significativamente mais benéfica do que os professores com um baixo ou alto conhecimento sobre a PHDA. Para os autores, os professores que se encontram posicionadas nas extremidades inferiores e superiores do conhecimento sobre a PHDA, (isto é, aqueles que têm mais e menos conhecimento) são relativamente menos convictos, quanto ao benefício exclusivo da medicação para a perturbação. Este facto pode estar relacionado, de acordo com Ohan e colaboradores, com o grau de conhecimento empírico sobre a PHDA. Os professores com baixo conhecimento teriam falta de informação de suporte aos tratamentos para a PHDA, optando por outras alternativas como as terapias relacionadas com dietas, enquanto os professores com mais conhecimento, estariam na posse de outras informações, relacionadas com os

efeitos da medicação e a sua curta acção/benefício, levando-os a considerá-la como algo menos favorável.(The MTA Cooperative Group, 1999 cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 445).

Outro aspecto avaliado também por este estudo, foi o impacto do conhecimento dos professores nas percepções sobre o benefício das estratégias educativas e de gestão de comportamentos. Constatou-se que tanto os professores com médio como alto conhecimento, percebem significativamente mais o benefício dos suportes educacionais e das alterações no ambiente em casa, do que os professores com baixo conhecimento. Verifica-se também que os professores com mais conhecimento, possuem uma percepção significativamente maior dos benefícios de se fazerem alterações na sala de aula, do que os professores com menos conhecimento. Estes resultados sugerem, segundo os autores, que crianças com PHDA a frequentarem salas de aula de professores com alto conhecimento sobre a perturbação, provavelmente beneficiam de melhor suporte e adaptação, do que os que se encontram em salas com professores com baixo conhecimento (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 446).

Para finalizar é de referir um último aspecto que diz respeito ao impacto do conhecimento dos professores, sobre as suas percepções, relativamente ao que prevêem que seja ter uma criança com PHDA na sua sala de aula. Comparando os professores com menos conhecimento com os professores com médio e alto conhecimento, verificou-se que estes últimos são significativamente mais susceptíveis de referir que as crianças com PHDA interferem no funcionamento da sala de aula e nas relações com os seus pares, do que os primeiros. De acordo com os autores, isto é esperado talvez porque os professores com mais conhecimentos sobre a PHDA estejam mais conscientes do custo que esta pode ter em todos os contextos de vida das crianças. Assim, para os professores com alto conhecimento sobre a PHDA, que estão mais dispostos a procurar ajuda para os seus alunos, estas previsões podem torná-los mais atentos a pequenos problemas, e servirem de impulso para a procura de serviços especializados e mudanças na sala de aula. Contudo, Ohan e colaboradores, (2008) alertam para o facto destas percepções se poderem virar contra os professores referindo as pesquisas realizadas por Rosenthal e Jacobson (1968, cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008) e as consequências que podem ter as percepções e expectativas dos professores. Sabe-se que se as percepções forem negativas é possível que o comportamento negativo venha a ocorrer. Da mesma forma se as expectativas forem

positivas é possível que a criança venha a revelar um bom desempenho (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p. 446).

Este último ponto apurou ainda um resultado surpreendente, segundo os autores. Os professores com um médio e alto conhecimento referem ter menos confiança na gestão de uma criança com PHDA em sala de aula do que os que têm menos conhecimento. Saber se a falta de confiança dificulta ou ajuda os professores com este grau de conhecimento é uma situação ainda desconhecida. No entanto, os autores aventam que a falta de confiança do professor pode significar que está mais apto a desistir, tendendo a referir as crianças a serviços especializados em vez de encetar mudanças no seu ambiente. Neste sentido, sabe-se que a confiança influencia positivamente as escolhas que fazemos, quanto tempo persistimos frente a um obstáculo e quanto esforço dispendemos para ir em frente (Bandura, 1997 cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008, p.446).Do mesmo modo, também se sabe que os professores que têm baixa confiança para lidarem com os seus alunos podem influenciar negativamente o seu sucesso (Gibson & Dembo, 1984, cit in Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008).

O estudo que acabamos de referir proporciona uma perspectiva mais aprofundada da relação que se estabelece entre o conhecimento dos professores sobre a PHDA e as suas implicações, na avaliação e intervenção de crianças com PHDA. São aqui levantadas questões que relacionam o impacto do conhecimento sobre a perturbação com as percepções e o relato de comportamentos referidos por professores face a crianças com PHDA. Encontraram-se evidências que sugerem que possuir um conhecimento médio/alto sobre a perturbação em causa, pode afectar de modo positivo o comportamento e as percepções dos professores no que diz respeito por exemplo, à vontade de procurar ajuda para as crianças com PHDA ou perceber o benefício de determinado tipo de tratamentos. Estes resultados vão de encontro àquilo que os especialistas têm vindo a divulgar sobre a necessidade de se fazer formação junto dos professores e assim abordar esta problemática de uma forma mais adequada em favor das crianças com PHDA.

Como vimos pelas referências anteriores, o estudo das percepções dos professores sobre a PHDA, está largamente documentado em várias regiões do globo, pelo que importa agora perceber a realidade portuguesa a esse nível. Assim, dos estudos realizados em

Portugal no âmbito da PHDA, há a referir um estudo exploratório realizado por Fonseca e colaboradores (Fonseca, Simões, & Rebelo, 1998), que procurou investigar as percepções que os adultos portugueses têm sobre a PHDA. Neste estudo participaram 487 adultos, na sua maioria estudantes universitários de várias instituições da região centro do país. Estes estudantes frequentavam cursos com uma forte probabilidade de virem a lidar com crianças com PHDA durante o seu percurso profissional (psicólogos, médicos, enfermeiros, educadores de infância entre outros) (p. 221).

Dos resultados apurados verificou-se que a generalidade dos adultos interrogados manifesta um conhecimento, sobre a perturbação, desfasado da literatura científica. Consideram a PHDA um problema grave ou muito grave, atribuindo mais importância aos sintomas de desatenção e da hiperactividade, com origem em variáveis do contexto familiar (29,4%). As referências a causas genéticas (4%) ou de natureza neurológica (0,4%) apresentam uma percentagem muito baixa.

Quando questionados sobre o encaminhamento para outros especialistas, 79,5% dos inquiridos responde afirmativamente, sendo que 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). Verifica-se ainda, que são pouco sensíveis à intervenção médica (10,3%) e especialmente à utilização de fármacos (88,3%), dando prioridade a uma intervenção do tipo educacional. Contudo, não se verifica a opção por uma estratégia específica, não havendo assim consenso entre os inquiridos. Os autores chamam a atenção para 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 auto-estima da criança” - 32,2%), enquanto a outra, tem por base a firmeza (“Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão” - 19,5%), (p.218).

Os resultados deste estudo demonstram, tal como os autores referem, que há um desfasamento entre o que a investigação científica tem apurado e as percepções que os inquiridos apresentam sobre a PHDA. Desconhecem assim as suas origens em factores de base biológicos e as vantagens de intervenções de natureza farmacológica ao mesmo tempo que uma intervenção ao nível educativo, familiar e social. Estes resultados são preocupantes se se atender ao facto, dos inquiridos estarem a frequentar cursos

relacionados com profissões que os levarão certamente a lidar com crianças com esta perturbação. Por este motivo, Fonseca e colaboradores sustentam que é necessário corrigir as percepções destes adultos através de uma maior sensibilização sobre este tipo de perturbação, de modo a que estas crianças venham a ser identificadas correctamente e encaminhadas para serviços especializados, já que este aspecto fica dependente “da sensibilidade, motivação e do conhecimento dos adultos responsáveis pela sua educação” (Fonseca, Simões & Rebelo, 1998, p. 219).

Procurando também investigar as percepções sobre a PHDA, mas desta vez dos professores, Encarnação & Rodrigues (2006) realizaram um estudo exploratório visando o conhecimento da PHDA, o seu impacto no contexto escolar e as atitudes dos professores face à mesma. O estudo envolveu uma amostra de 114 professores do 1º ciclo do ensino básico ao secundário, pertencentes a agrupamentos de escolas do distrito de Santarém.

Da análise de resultados verificou-se que 79,8% dos inquiridos atribuem causas genéticas à PHDA e 60,5% causas biológicas. Contudo, mais de metade dos inquiridos (53,5%) remetem a origem da PHDA para a educação familiar.

Quanto às características que levam os professores a suspeitarem de uma situação de PHDA 89,5% dos inquiridos aponta a hiperactividade como a principal característica. Sabemos actualmente que esta característica nem sempre é a mais determinante para o diagnóstico de PHDA, o que pode dar origem a que crianças com a perturbação fiquem sem diagnosticar e sem acesso a tratamento adequado, como refere Ohan e colaboradores (2008).

Dos dados relativos à evolução da perturbação interessa reter que para 49% dos inquiridos a PHDA desaparece com a idade, enquanto 51%, considera que não. Quase metade da amostra tem a concepção errada de que a PHDA desaparece com a idade o que não condiz com a literatura. Barkley (2002) refere que entre 30% a 65% das crianças que apresentam PHDA continuarão a apresentá-la na idade adulta e cerca de 80% na adolescência (p.105).

Interessa ainda mencionar que a grande maioria dos inquiridos (92,1%) considera que a PHDA traz consigo problemas associados, considerando a dificuldade em aceitar regras (63,2%) como o problema que causa maior desadaptação em contexto escolar. Referem

ainda as dificuldades de aprendizagem (60,5%) e a dificuldade de relação com os pares (59,6%) como causadores também de grandes desadaptações. Os resultados obtidos espelham as consequências da sintomatologia da PHDA ao nível das actividades académicas e da dificuldade nas relações sociais como temos vindo a referir.

Quanto ao impacto que a PHDA causa em contexto escolar, apurou-se que as características decorrentes da falta de atenção são as que causam maior preocupação aos professores. Os inquiridos consideram “a perda com frequência de objectos necessários a tarefas ou actividades”, “esquecer-se com frequência das actividades quotidianas” e a “dificuldade na organização das actividades e tarefas” as características que originam maior desadaptação. Seguem-se as características relacionadas com a Hiperactividade, recaindo as preferências dos professores sobre os itens “com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio”, “com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés ou move-se quando está sentado” e “com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”, por ordem de maior desadaptação. Por último aparecem as características relacionadas com a impulsividade, sendo “a dificuldade em esperar pela sua vez” a que maior desadaptação causa de acordo com as opções dos inquiridos.

Considerando a intervenção verificou-se que as opções dos professores vão em primeiro lugar para a colaboração Pais – Escola (75%), seguindo-se as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico (66,7%), aparecendo posteriormente a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula (57,9%). É de salientar que a referência à medicação como forma de intervenção aparece apenas com uma percentagem de 43,9%, o que nos indica que uma percentagem considerável dos inquiridos (45,6%) não considera a medicação importante para a intervenção. Contudo, reconhecem a melhoria do quadro sintomatológico associado à PHDA, quando há intervenção farmacológica. 58,8% dos inquiridos referem que há diminuição dos comportamentos de agressividade e melhoria da capacidade de atenção (56%).

Os resultados aferidos pelo estudo que acabamos de mencionar remetem-nos para um conhecimento/percepção da PHDA desfasado daquilo que a literatura científica nos apresenta, conforme se percebe pela análise de resultados apresentados. Mais de metade dos inquiridos relacionam a educação familiar com as causas da perturbação, uma percentagem significativa considera que desaparece com a idade e a hiperactividade é a

característica mais referida no que diz respeito à suspeita de um possível diagnóstico da perturbação. A medicação aparece referida como pouco importante na intervenção, bem como o recurso a estratégias específicas para lidar com a perturbação em sala de aula.

Na perspectiva anterior, merece-nos referência um outro estudo exploratório realizado por Ribeiro (2008), que teve como objectivo analisar as percepções de professores do 1º ciclo do Ensino Básico sobre a PHDA, que envolveu 44 professores, sendo que 31 referiram trabalhar com crianças com PHDA. Os dados foram recolhidos num agrupamento de escolas do concelho do Carregado.

Da análise de dados e no que se refere ao conhecimento dos professores sobre a PHDA, verificou-se que uma grande parte dos inquiridos (68,2%) sabe que a prevalência da perturbação é mais comum nos rapazes, enquanto uma percentagem mais baixa diz ser igualmente (29,5) comum em rapazes e raparigas. As causas da PHDA são atribuídas a factores genéticos por 75% dos inquiridos, a factores biológicos por 52,3% e à educação familiar por 45,5%. A evolução da perturbação, segundo 69,5% dos inquiridos, não desaparece com o tempo, enquanto 29,5% considera que desaparece com a idade. A totalidade dos inquiridos referiu correctamente que existem outros problemas associados à PHDA.

Em relação à utilização da medicação para tratamento da PHDA, 59,1% dos inquiridos refere que a medicação é muito importante enquanto 31,8% considera-a pouco importante, o que nos indica que há ainda uma percentagem considerável de professores a não dar importância a esta forma de tratamento. Ainda assim, 63,6% dos inquiridos considera que a medicação melhora a atenção, o que nos parece um dado interessante, se pensarmos que é uma percentagem superior àquela que considera a medicação muito importante no tratamento da perturbação (Ribeiro, 2008).

No que diz respeito ao impacto que a PHDA causa em contexto escolar, podemos verificar, que 72,7% dos participantes apontam o “comportamento, agressividade e oposição” e “não aceitar, nem respeitar regras” como os factores responsáveis pelas maiores adaptações, seguindo-se, com 65,9% as “dificuldades de aprendizagem” e com 56,8% a “dificuldade de relação com os pares”. Quanto à falta de atenção os inquiridos consideram os factores “com frequência não segue instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho”, como os causadores de maior impacto, seguindo as características da Hiperactividade onde o factor

responsável pelas maiores desadaptações é, “com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”. E por último, são referidas as características de impulsividade onde o factor “ tem dificuldade em esperar pela sua vez”, é considerado pelos inquiridos como o causador de maiores desajustamentos.

Ainda nesta linha de investigação Lourenço (2009) levou a cabo um outro estudo exploratório, onde procurou investigar as percepções dos professores relativamente a um conjunto de questões relacionadas com conhecimentos gerais, sintomas e diagnóstico, formas de intervenção e atitudes face a crianças com PHDA. O estudo envolveu uma mostra de 110 professores de um Agrupamento de escolas de Almada, a leccionarem nos três ciclos de ensino Básico, no Pré-escolar e no apoio educativo.

Dos resultados obtidos registamos que, de um modo geral, os professores inquiridos apresentam algum conhecimento sobre a PHDA. Quanto ao impacto referem que as dificuldades de aprendizagem, a dificuldade de relação com pares, bem como a dificuldade de aceitar e respeitar regras, são os problemas associados à perturbação que causam maiores desadaptações no contexto escolar. Revelaram ainda utilizar algumas estratégias de intervenção adequadas à realidade da PHDA.

Apesar dos inquiridos demonstrarem algum conhecimento sobre a PHDA, revelaram falta de conhecimento em relação à importância da medicação como forma de intervenção para o tratamento da perturbação. Esta forma de intervenção é assinalada em último lugar pelos inquiridos, como aquela que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA.

Como se sabe a medicação é muito importante em associação com a intervenção nos vários contextos de actuação da criança com PHDA, como é preconizado pela chamada intervenção multimodal (MTA, 1999).

Mais recentemente tivemos contacto com um outro estudo realizado em Leiria por Júlio (2009) que abrangeu uma amostra de 110 técnicos portugueses, cujo objectivo foi analisar as percepções 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. Os dados foram recolhidos através de um questionário construído para o efeito, abrangendo a frequência de contacto com a PHDA, a gravidade de sintomas, as causas que lhe são atribuídas e a eficácia das diferentes formas de intervenção.

Dos resultados obtidos destacamos que 99,1% dos inquiridos já tiveram contacto com a perturbação. Destes, 53,6% consideram a PHDA uma perturbação muito grave. A generalidade dos técnicos atribui a PHDA a factores biológicos (43,4%), contudo, uma percentagem significativa (33,1%) refere factores sem sustentação científica como causas da mesma e 22,8% atribui-lhe factores associados ao funcionamento familiar. Este último aspecto poderá ser explicado por uma eventual confusão por parte dos técnicos inquiridos, relacionada com o aumento da sintomatologia associada à perturbação, se a criança em causa, pertencer a uma família disfuncional. Os professores do ensino regular (77,5%) referem os factores neurológicos como a causa principal da PHDA, seguindo-se os factores associados ao funcionamento familiar (70,6%) e os factores genéticos (54,1%). É de notar que 60% dos professores de Ensino Especial atribuem as causas da perturbação à sociedade e 30% à televisão. Quando comparados com os professores de ensino regular verifica-se que, para estes dois factores, as percentagens são mais baixas, com 27,1% e 23,5% respectivamente. (Júlio, 2009, p.81). Neste aspecto verificamos, que este grupo de técnicos atribui à PHDA causas que sabemos não são sustentadas pela literatura da especialidade.

Duma maneira geral os técnicos concordam com as diferentes formas de intervenção, não se evidenciando nenhuma como preferencial. Contudo, é de referir que os professores do ensino regular consideram as práticas educativas pouco eficazes. 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).

Para além dos dados já referidos, este estudo encontrou ainda relação entre as variáveis experiência profissional e contacto prévio com a perturbação, com o aconselhamento a profissionais externos, as práticas educativas e o recurso à intervenção farmacológica. Neste sentido, verificou-se que a concordância com a intervenção farmacológica está significativamente relacionada com o contacto prévio com a PHDA, mas não tanto com a experiência profissional.

Neste estudo são dados relevantes o facto de haver um percentagem considerável de professores, tanto do ensino regular como da Educação Especial, que atribuem as causas da PHDA à sociedade e à televisão. Consideram também as práticas educativas pouco eficazes, revelando pouca capacidade de intervenção face a crianças com PHDA.

A investigação das percepções sobre a PHDA em Portugal reflecte, duma maneira geral, as mesmas lacunas que a literatura internacional aponta. A etiologia da perturbação atribuída por alguns profissionais está longe de ser a preconizada pelas principais tendências de investigação. Neste aspecto, destacamos os professores que pela sua experiência profissional, bem como pelo contacto com a perturbação, revelam ainda um conhecimento fora do esperado. Contudo, ressaltamos a diferença que se verifica entre o estudo realizado por Fonseca e colaboradores (1998), onde os factores neurológicos e genéticos são referidos por uma percentagem muito baixa de inquiridos, enquanto nos estudos da última década, essa referência passa para valores próximos de metade das amostras e em alguns casos ultrapassa-os. Entre o primeiro estudo e os outros decorreram dez anos, pelo que a explicação para esta diferença de resultados pode residir no papel que foi tendo a divulgação junto da opinião pública desta perturbação.

A hiperactividade aparece como a principal causa de suspeita de PHDA, o que pode originar a falta de diagnóstico de algumas crianças deixando-as sem resposta adequada ao seu problema, uma vez que uma criança que não manifeste hiperactividade pode ter a perturbação.

O impacto da PHDA em contexto escolar é percebido principalmente ao nível do quadro sintomatológico, com especial relevo para os problemas associados à perturbação (dificuldades de aprendizagem, dificuldades de relação com os pares e dificuldade em aceitar e respeitar regras.)

Das formas de intervenção, a medicação continua a aparecer como pouco importante no tratamento da perturbação, mas ao mesmo tempo é percebida como capaz de melhorar a capacidade de atenção e dos problemas de comportamento. As práticas educativas são percebidas como pouco eficazes assim como o benefício das alterações em sala de aula.

O estudo das percepções e atitudes dos professores está largamente difundido como podemos verificar pelas referências anteriores a estudos internacionais e nacionais. Interessa agora fazer uma síntese das principais conclusões encontradas neste âmbito, de modo a clarificar a questão que enumeramos no início deste ponto “Ser conhecedor da natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, implica uma melhor atitude pedagógica, na intervenção com crianças com esta perturbação?”.

Importa, considerar o papel do professor no diagnóstico da PHDA. Ficou demonstrado que o professor é responsável por um grande número de encaminhamentos de crianças com suspeita de PHDA para serviços de avaliação especializados. Neste sentido, parece existir uma relação entre o conhecimento que se tem sobre PHDA e o encaminhamento para serviços especializados. Ou seja, um professor com um grau elevado de conhecimento sobre a PHDA tem maior probabilidade de vir a referir crianças com suspeita de PHDA. Este aspecto torna-se relevante, pois sugere que o aumento do conhecimento sobre a perturbação pode ser uma maneira eficaz de assegurar as referências, contribuindo para a diminuição do chamado sub diagnóstico. Esta constatação decorre também da importância que o professor tem na identificação dos primeiros sintomas da PHDA já que pode observar o comportamento da criança em várias situações e compará-lo entre várias (Fernández & Casas, 2007).

Na generalidade os professores tratam as crianças com PHDA de forma diferente e os mais velhos tendem a ter atitudes mais negativas para com elas (menos elogios, menos questionadas, mais críticas). Neste sentido, verifica-se que o conhecimento do professor parece estar também relacionado com a melhoria de atitudes de tolerância perante crianças com PHDA. Ter mais conhecimento implica ter melhores atitudes.

Parece haver uma relação entre o conhecimento sobre a PHDA e o número de horas de formação específica que se recebeu sobre a perturbação e o nível de auto-eficácia percebida. Quem teve mais formação revela mais conhecimento e mais capacidade para lidar com a perturbação. Do mesmo modo, os alunos de um professor que apresente maior conhecimento sobre a problemática, beneficiarão de um melhor suporte e adaptação em sala de aula, do que alunos de professores com baixos conhecimentos. Parece assim suceder, que os professores com mais conhecimento possuem uma percepção significativamente maior dos benefícios de se fazerem alterações em sala de aula e da utilização dos suportes educacionais. Apresentam maior capacidade de adaptação de materiais e currículos.

Apesar dos professores, na generalidade, considerarem a utilização de medicação no tratamento da PHDA como algo pouco útil, percebem-na como eficaz na melhoria da capacidade de atenção e dos problemas de comportamento. A falta de informação de suporte ao tratamento da PHDA com medicação pode ser a responsável pela opção dos professores.

Ter um conhecimento (*percepção*) correcto e realista sobre a PHDA, é como vimos 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. Ainda que a relação que se estabeleça entre o conhecimento sobre a PHDA e as atitudes que pode ou não desencadear junto dos professores não seja completamente clara, ela não pode, no entanto ser negada. Verificam-se mudanças de atitude relativamente à referenciação, à tolerância e modo positivo de abordar estas crianças, bem como à eficácia e percepção dos benefícios dos suportes educacionais na intervenção. Apesar destas evidências interessa referir que esta questão não se esgota na pergunta que enunciamos. Outras questões se equacionam na procura da resposta mais eficaz ao tratamento da PHDA. Por exemplo, interessa perceber quais as razões que estão na base da aceitação ou não das diferentes formas de intervenção, uma vez que nem sempre melhor conhecimento, corresponde à implementação das diferentes formas de intervenção; da mesma maneira, interessa averiguar porque é que os professores revelam falta de confiança para lidar com crianças com PHDA, quando possuem níveis elevados de conhecimento sobre a perturbação. Estas duas questões são apenas dois exemplos daquilo que se percebe que ainda há a desvendar dentro da relação que se estabelece entre o conhecimento/percepção da PHDA e as suas implicações nas atitudes dos professores.

CAPÍTULO II

Problemática e Metodologia

1 – Definição do problema

De acordo com a literatura da especialidade, a PHDA, tem várias implicações ao nível do contexto escolar para a população com esta perturbação. Talvez a mais visível e sentida por todos quantos trabalham neste contexto, seja a questão comportamental e as consequentes desadaptações que provoca, especialmente em sala de aula.

Crianças com PHDA apresentam irrequietude motora: mexem-se frequentemente na cadeira, agitam braços e pernas, não respeitam a sua vez de falar e falam muito. Correm em locais que não devem e têm dificuldade em reservar-se ao silêncio (DSM-IV-TR, 2002).

A nível social, revelam dificuldades de relacionamento com os pares, evidenciam maiores dificuldades para responderem a situações conflituosas. São referidas como “perturbadoras, agressivas e abusivas em situações sociais” (Ribeiro, 2008). Segundo DuPaul & Stoner (2007), apresentam índices elevados de rejeição pelos pares, situação que tende a manter-se ao longo do tempo, implicando uma condição crónica ao nível das relações interpessoais.

Lidar com as características referidas, que não são mais do que a expressão dos sintomas relacionados com a PHDA, representa uma dificuldade acrescida para o próprio e para quem tem de trabalhar com ele, especialmente em sala de aula onde, por norma, se pede o oposto. Desta forma, estas crianças são frequentemente associadas ao insucesso escolar, onde cerca de 40 a 50% tem um fraco desempenho académico (Rodrigues, 2007). As dificuldades que revelam estão relacionadas essencialmente com a falta de atenção, a impulsividade e a irrequietude motora. Perturbam o grupo com frequência, evidenciam dificuldades em persistir na tarefa, têm dificuldade em compreender as instruções do professor, (Ribeiro, 2008) e demonstram fracas competências de estudo, nomeadamente em relação à organização de cadernos e material escolar.

Apesar destas dificuldades, são crianças com bom potencial cognitivo, mas nem sempre vistas dessa forma, especialmente pelos professores. São vistas como “preguiçosas” e “mal-educadas”, são mandadas calar frequentemente, são menos questionadas, menos

elogiadas e mais criticadas (Bay & Bryan, 1991) E muitas vezes são postas de lado, sem se procurar saber quais as razões que estão na base de determinados comportamentos por elas desencadeados (Rodrigues, 2007).

Esta situação leva a que muitas destas crianças manifestem falta de investimento académico com tendência para desistirem facilmente das tarefas escolares, o que as conduz ao fracasso e à desmotivação, levando-as muitas vezes ao abandono escolar (Lopes, 1998).

Deste modo, o contexto escolar constitui-se como um cenário problemático tanto para professores como para alunos e reveste-se actualmente de particular importância na intervenção com estas crianças, uma vez que faz parte daquilo que os guidelines internacionais designam por “intervenção Multimodal e Multicontextual”, ou seja, equacionam a intervenção nos vários contextos de vida onde os sujeitos se movem (família, trabalho, escola).

Depois de reflectirmos sobre os factores enumerados anteriormente, constatamos que a questão do comportamento é o factor que está na base das adaptações a que estas crianças estão sujeitas em contexto escolar e que o professor é o agente educativo que se vê confrontado com esta situação, o que nos levou a equacionar o nosso estudo à volta da seguinte pergunta:

Como é que os professores percebem o impacto que os problemas de comportamento causam no quotidiano escolar, de crianças do 1º ciclo do EB com de PHDA e de crianças do 1º ciclo do EB sem PHDA?

Acreditamos, que só depois de se identificarem as situações que mais condicionam estas crianças na escola, se poderão delinear estratégias de actuação e de intervenção, de modo a que, tanto professores como alunos, possam lidar adequadamente com esta condição. Neste sentido, é nosso propósito contribuir para a alteração da imagem negativa que é dada a estas crianças, apetrechando os professores com novos conhecimentos sobre o assunto. Este aspecto reveste-se da maior importância, dado que, segundo estudos recentes (Snider et al., 2003; Vereb y DiPerna, 2004, cit.Fernández, Minguez & casas, 2007) o conhecimento que o professor tem sobre a problemática da PHDA, pode influenciar a sua atitude em relação à mesma e por outro lado, a sua

atitude, enquanto professor, pode contribuir para a mudança na prática pedagógica junto destas crianças.

2 – Metodologia

2.1 – Objectivo de Estudo

A opção de realizarmos um estudo junto dos professores, tendo por base as suas percepções, sobre comportamentos problemáticos, de crianças com PHDA e crianças sem PHDA, decorre naturalmente do nosso percurso profissional, enquanto professora de Educação Especial. Assim, com o objectivo de percebermos se existem diferenças significativas entre os comportamentos de crianças com PHDA e crianças sem PHDA, em contexto escolar, de acordo com as percepções dos professores, estabelecemos como objectivo principal da nossa investigação comparar dois grupos de crianças a frequentarem o 1º ciclo do Ensino Básico, com as características já referidas.

Desta forma, é nossa intenção, perceber qual é o impacto no quotidiano escolar dos problemas de comportamento causados por crianças com PHDA e por crianças sem PHDA do 1º ciclo do EB, de acordo com as perguntas que a seguir se enumeram:

1 – Existem diferenças significativas, entre os comportamentos de alunos do 1º ciclo do EB com PHDA e os comportamentos de alunos do 1º ciclo do EB sem PHDA, segundo as percepções dos professores?

2 - Comportamentos de alunos com PHDA e de alunos sem PHDA causam impactos diferentes no contexto escolar, de acordo com as percepções dos professores?

3 - Quais são as situações mais problemáticas para as crianças com PHDA em contexto escolar, tendo em conta as percepções dos professores?

4 - Qual é o seu grau de severidade?

Com a resposta a estas questões, propomo-nos perceber, se alunos com PHDA e alunos sem PHDA criam ou não diferentes problemas, bem como identificar, quais são as

situações do quotidiano escolar que constituem um problema de comportamento para estas crianças e qual o grau de severidade que lhes atribuem.

2.1.1 – Amostra

A população do estudo que aqui apresentamos é constituída por professores do 1º ciclo do Ensino Básico de crianças com diagnóstico de PHDA e de crianças sem diagnóstico de PHDA a prestarem serviço em Agrupamentos de Escolas do Concelho de Lisboa e de Oeiras.

A amostra foi seleccionada a partir do universo definido anteriormente, sendo constituída por vinte e cinco professores (N= 25) de crianças com diagnóstico de PHDA e de crianças sem diagnóstico de PHDA, de sete Agrupamentos de Escolas do Concelho de Oeiras e de um Agrupamento de Escolas do Concelho de Lisboa.

Dado que a nossa investigação obedece ao desenho dos estudos exploratórios de comparação de grupos, ou seja, o que pretendemos é comparar um grupo de crianças com diagnóstico de PHDA e outro sem diagnóstico de PHDA, através da percepção do Professor, seleccionamos de entre as crianças das turmas onde os sujeitos da nossa amostra leccionam, cada um dos grupos referidos, de acordo com o que a seguir se explicita. Para o grupo de crianças com diagnóstico de PHDA (Grupo de Estudo) emparelhamos um grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA (Grupo de comparação) de modo que, para cada criança do primeiro encontramos uma criança do segundo, do mesmo ano, género, idade e turma.

A selecção do Grupo de Comparação, de agora em diante (GC), foi feita de forma aleatória considerando o grupo turma da criança com diagnóstico de PHDA, conforme já referido. Para cada género foram considerados todas as crianças pertencentes à turma sem diagnóstico de PHDA ou outro, e de entre esses seleccionamos um aleatoriamente. Ou seja para cada sujeito do género masculino ou feminino com diagnóstico de PHDA seleccionamos um sujeito sem diagnóstico de PHDA do mesmo género.

Para a constituição do Grupo de Estudo, de agora em diante (GE), foram analisados os processos individuais das crianças, pertencentes às turmas de leccionação dos sujeitos da nossa amostra e verificada a existência de diagnóstico clínico para a PHDA. Foi preenchida a Escala de Conners, de modo a avaliar a homogeneidade da amostra com

base no índice de PHDA, tendo-se apurado que 48% (N= 12) das crianças não se encontram acima do ponto de corte do score 65, o que de acordo com o processo de standardização para a população portuguesa, não tem significado clínico para a PHDA (Rodrigues, 2006). No entanto optamos por incluí-los na nossa amostra uma vez que o critério de selecção foi a existência de diagnóstico clínico para a perturbação em causa. Por outro lado, analisamos o GE no que diz respeito à medicação para a PHDA e verificamos que da totalidade das crianças que não têm um Índice de PHDA com significado clínico, 83,3 % (N=10) é medicada para a referida perturbação, o que pode explicar o número tão elevado de crianças fora do índice de PHDA, dado que um dos efeitos mais notórios da medicação é a diminuição de sintomas ao nível dos comportamentos desajustados (Stoner, 2007).

Dos trinta (N = 30) inquéritos distribuídos tivemos uma taxa de retorno de 93,3%, o que corresponde a vinte e oito inquéritos (N= 28). Destes não podemos considerar três (N = 3) por se encontrarem mal preenchidos, o que nos remete para a amostra já referida (N =25).

Desta forma, a amostra desta investigação é uma amostra de conveniência (não probabilística), não representando por isso, o universo da população estudada, ou seja, todos os professores de todas as crianças com diagnóstico de PHDA e de todas as crianças sem diagnóstico de PHDA. A validade dos resultados obtidos limita-se, por isso, aos sujeitos da amostra, pelo que não poderão ser generalizados.

2.1.2 – Caracterização dos participantes:

O número de participantes do nosso estudo é constituído por vinte e cinco (N=25) professores do 1º ciclo do ensino Básico de escolas pertencentes aos Concelhos de Lisboa e Oeiras. Os professores foram inquiridos sobre cinquenta crianças (N= 50) das turmas onde leccionam.

A caracterização dos participantes foi feita através das variáveis que constituem a primeira e segundas partes do questionário aplicado aos professores. A primeira parte, sob a designação de “*Dados do Professor*”, permitiu-nos caracterizar os professores e do mesmo modo, a segunda parte, sob a designação de “*Dados da criança*”, permitiu-nos caracterizar o grupo de estudo e o grupo de comparação, sobre os quais os professores foram inquiridos. Para uma melhor descrição das características dos

participantes optamos por agrupar as variáveis em três tabelas de modo a facilitar a leitura de dados

Tabela 2 – Distribuição dos professores por sexo, idade e tempo de serviço.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	0	0,0
Feminino	25	100,0
Idade (anos)		
20 – 30	4	16,0
30 – 40	11	44,0
40 – 50	6	24,0
+ 50	3	12,0
Sub Total	24	96,0
Valores omissos	1	4,0
Tempo de serviço (anos)		
0 – 10	12	48,0
11 – 20	9	36,0
21 – 30	1	4,0
+ 30	3	12,0

N = 25

Através da tabela 2 podemos verificar, que 100% dos participantes são professores do sexo feminino. No que diz respeito à idade, verificamos que o intervalo que abrange maior número de professores é o que se situa entre os 30 e os 40 anos de idade, representando 44% (N= 11) dos sujeitos inquiridos. A idade máxima e mínima é de 53 e 27 anos respectivamente. O grupo de participantes tem uma média de idades de 36 anos, com um desvio padrão de 8,427. Verificamos ainda que, 46% dos professores (N=23) têm, entre 0 e 10 anos de tempo de serviço e 2% (N = 1) dos inquiridos não respondeu ao item idade.

Na tabela 3 observamos que mais de metade dos professores (52% (N=13)) pertencem à Escola 1. Verificamos ainda, que a amostra é constituída maioritariamente por docentes que leccionam o 3º e 4º anos de escolaridade, ou seja, 40% (N=10) lecciona o 4º ano de escolaridade e 36% (N=9) lecciona o 3º ano de escolaridade.

No que diz respeito à Formação Académica constatamos que 84% (N=21) dos professores possuem o grau académico de Licenciatura.

Tabela 3 – Distribuição dos professores por escola, ano de leccionação e formação académica

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Escola		
Escola 1	1	4,0
Escola 2	13	52,0
Escola 3	4	16,0
Escola 4	2	8,0
Escola 5	1	4,0
Escola 6	2	8,0
Escola 7	1	4,0
Escola 8	1	4,0
Ano que lecciona (ano de escolaridade)		
1º	1	4,0
2º	5	20,0
3º	9	36,0
4º	10	40,0
Formação Académica		
Bacharelato	4	16,0
Licenciatura	21	84,0

N = 25

A tabela 4 indica-nos a experiência dos professores face à PHDA em termos de formação contínua nesta área, e com crianças com esta perturbação.

Apesar de 98 % (N=24) dos professores inquiridos ter tido alunos com PHDA, verifica-se que apenas 16% (N=8) teve alguma formação sobre a problemática, durante o curso, em seminários e conferências. Verificamos ainda que 2% (N=1) dos professores não responderam aos itens mencionados. Dos que tiveram crianças com PHDA registamos que houve professores que tiveram um mínimo de 1 crianças com PHDA e um máximo de 8 crianças com PHDA. A média de crianças com PHDA é de 2,30 com um desvio padrão de 2,334.

Tabela 4 – Experiência dos professores face à PHDA

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Formação sobre PHDA		
Sim	4	16,0
Não	20	80,0
Valores omissos	1	4,0
Experiência com crianças com PHDA		
Sim	24	98,0
Não	0	0,0
Valores omissos	1	2,0
Número de crianças com PHDA		
1	11	44,0
2	6	24,0
7	1	4,0
8	2	8,0
Valores omissos	5	20,0

N = 25

Das características referidas anteriormente, interessa ressaltar que a nossa amostra é constituída por professores que se encontram sensivelmente a meio da carreira profissional, na sua maioria Licenciados e têm experiência de leccionação com alunos com PHDA.

Como já dissemos, o estudo que agora apresentamos, baseou-se na percepção dos professores acerca de cinquenta crianças (N= 50) do 1º Ciclo do Ensino Básico, sobre os quais foram inquiridos, constituindo este grupo, aquilo que podemos designar por “amostra paralela” e que interessa também caracterizar. Para esse fim, procedeu-se ao estabelecimento de algumas variáveis constantes da parte II do questionário aplicado.

A tabela 5 caracteriza assim, as crianças sobre as quais os professores foram investigados de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade. Podemos constatar que, relativamente ao género, 68 % (N=34) das crianças são do sexo masculino e 32 % (N= 16) do sexo feminino, o que traduz a realidade de género da PHDA, que aponta para uma maior incidência de casos em rapazes 9:1, do que em raparigas 4:1 (DSM-IV - TR, 2002). No que diz respeito ao ano de escolaridade observamos que 40% (N=20) das crianças frequentam o 3º ano de escolaridade, seguidos das crianças que frequentam o 4º ano de escolaridade com 36% (N=18). Apenas 4% (N=2) frequenta o 1º ano de escolaridade. No que concerne à idade das crianças verificamos que esta se situa maioritariamente no intervalo dos 8 aos 10 anos, sendo que 34% (N=17) tem 9 anos de idade. A média de idades é de 8,98 anos, com um desvio padrão de 1,169.

Tabela 5 – Distribuição das crianças por sexo, idade e ano de escolaridade.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	34	68,0
Feminino	16	32,0
Idade (anos)		
7	5	10,0
8	12	24,0
9	17	34,0
10	13	26,0
11	1	2,0
12	2	4,0
Ano de escolaridade		
1º	2	4,0
2º	10	20,0
3º	20	40,0
4º	18	36,0

N=50

Para melhor caracterizarmos as crianças, no âmbito da PHDA, inquirimos os Professores no que diz respeito ao diagnóstico sobre a perturbação e à toma de medicação, obtendo os dados constantes da tabela 6, onde podemos verificar que da totalidade das crianças, 36% (N=18) é medicado para a PHDA e 50 % (N= 25) têm diagnóstico clínico da mesma perturbação.

Tabela 6 - Distribuição das crianças por diagnóstico e toma de medicação

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Diagnóstico		
Sim	25	50,0
Não	25	50,0
Toma de medicação		
Sim	18	36,0
Não	32	64,0
N=50		

Das variáveis analisadas respeitantes à caracterização do grupo de crianças do nosso estudo, destacamos a idade e o ano de escolaridade, pelo facto de não termos conseguido seleccionar um número de participantes idêntico para cada grupo etário e para cada ano de escolaridade, de modo a constituirmos uma amostra mais homogénea.

2.2 – Desenho do Estudo

Na base de qualquer investigação está o guia do pensamento do investigador, que dá pelo nome de *método*. Deste modo, o método pode ser definido como o “processo que determina a realização de um objectivo, modo de agir ou de pensar (Lisboa, 2001) ou, no caso da investigação, é “um conjunto sequencial de regras comuns a toda a investigação científica” (Lisboa, 2001). Dito de outra forma, podemos afirmar, que o método é a parede mestra que sustenta o edifício de qualquer investigação. Foi com base nestes pressupostos que procuramos traçar linhas de orientação, que nos conduzissem à realização da nossa investigação.

Deste modo, procedemos à escolha do método de recolha de dados, tendo optado pelo inquérito por questionário. A recolha baseou-se no preenchimento de dois instrumentos de investigação, a saber: o “School Situations Questionnaire” (Barkley, R., 1997), adaptado e a escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida), (Conners, - 1997), adaptada e traduzida por Rodrigues (2003). Depois de recolhidos os

dados procedeu-se a uma análise estatística descritiva e a uma análise comparativa correlacional de grupos.

O desenho da nossa investigação obedece assim, ao desenho dos estudos exploratórios de comparação de grupos, limitado às percepções dos professores, com uma análise quantitativa e correlacional dos resultados.

2.3 – Instrumentos de Pesquisa e Adaptação

2.3.1 – Questionário de Situações Escolares

O instrumento de pesquisa que seleccionamos para a nossa investigação foi o “School Situations Questionnaire” (Barkley, R., 1997), por nós adaptado. Este questionário é referido na literatura (DuPaul & Stoner, 2007, Barkley, 2006) da especialidade como um dos auxiliares a preencher, pelo professor, em conjunto com outros instrumentos de âmbito mais alargado, para a avaliação de crianças com PHDA nas escolas.

O questionário, no seu modelo original, é composto por um conjunto de 12 questões dicotómicas, às quais corresponde uma escala de avaliação do grau de severidade, que varia de 1 (ligeiro) até 9 (severo). O questionário inclui também uma questão aberta.

Este instrumento parece-nos adequado ao nosso objectivo de estudo, pois permite-nos avaliar o comportamento de crianças em situações muito exigentes, sob o ponto de vista do auto-controlo e da manutenção da atenção, permitindo fazer o levantamento dos comportamentos mais problemáticos, com base em situações características do dia-a-dia escolar.

Importa ainda referir, que embora o questionário tenha sido adaptado, o modelo original foi objecto nos USA, de dois estudos para aferição das suas propriedades psicométricas (Altepeter & Breen, 1989), e da sua estrutura factorial (Breen & Altepeter, 1991), tendo-se verificado que o mesmo apresenta boas qualidades para uso clínico. Mesmo não estando aferido para a população portuguesa, a escolha deste instrumento, possibilitou-nos partir de uma base mais sólida, em termos científicos, para a sua adaptação, uma vez que já foi testado para outra população. A literatura recomenda também o uso de instrumentos de pesquisa já testados e aferidos.

No que diz respeito à adaptação do questionário, mantivemos o mesmo tipo de questão do modelo original (questão dicotómica), mas alterámos o número de questões, de

modo, a melhor servir os propósitos do nosso estudo, uma vez que a realidade escolar portuguesa encerra algumas diferenças relativamente à realidade para a qual foi criado (EUA).

De modo a alargarmos o mais possível o leque de situações passíveis de serem avaliadas, pelo instrumento em causa, e assim permitir a recolha do maior número de dados possível que retratassem o contexto escolar nas escolas do 1º Ciclo, procedemos ao alargamento de 12 para 29 questões, acrescentando ao nosso questionário mais 17 questões. Mantivemos, tal como no modelo original uma pergunta aberta.

As questões introduzidas foram pensadas com base, nas leituras realizadas aquando da revisão da literatura e no conhecimento que temos sobre a realidade escolar do 1º ciclo do Ensino Básico, uma vez que aí desempenhamos funções.

O questionário foi organizado em três partes, a saber: **Parte I** - Dados do Professor, constituída por 9 variáveis, que nos permitiram caracterizar a nossa amostra; **Parte II** - Dados da Criança, com 4 variáveis, que nos permitiram fazer também, uma caracterização sumária do Grupo de Estudo e do Grupo de Comparação; e **Parte III** - Situações Escolares, organizada em 29 itens, sobre situações que podem ou não representar um problema de comportamento para as crianças investigadas, representando 29 variáveis e respectiva escala de avaliação da severidade dos comportamentos. A parte III do questionário permite indagar os professores sobre a percepção que têm acerca das situações enumeradas e o nível de gravidade dos problemas de comportamento e atenção desencadeados, para as crianças em causa.

2.3.2 – Escala de Conner,'s para professores – versão reduzida (Conners, 1997)

A par com o “School Situations Questionnaire” (Barkley, R., 1997), aplicamos também a escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida), (Conners, - 1997).

Esta Escala faz parte do um vasto conjunto de instrumentos habitualmente utilizados para diagnosticar a PHDA, tendo sido alvo de vários estudos, quer de âmbito nacional, (Fonseca; Ferreira; Simões, Rebelo & Cardoso, 1996; Rodrigues, 2005; Rodrigues 2006), quer de âmbito internacional (Conners, 1997), com vista à sua standardização para os países em causa e à sua utilização no processo de referência e avaliação da

PHDA. É também referida na literatura como “um dos instrumentos mais antigos e mais utilizados” (Fonseca, Ferreira, Simões, Rebelo, & Cardoso, 1996), na avaliação clínica de crianças e de adolescentes, com elevada consistência interna e capaz de “discriminar eficazmente (...) crianças com problemas de comportamento”(pp.86).

A Escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida) (Conners, 1997) está organizada em 28 itens relativos a várias características típicas da PHDA, e a outras que lhe estão associadas, como a oposição, a irrequietude e a desatenção (Rodrigues, 2005). O professor precisa apenas, de indicar, com que frequência ocorre o comportamento descrito para a criança em causa, de acordo com uma escala Likert de 4 pontos, onde para os valores (0), (1), (2) e (3) correspondem respectivamente os termos (nunca), (um pouco), (frequentemente) e (muito frequentemente). Pode ser utilizada com sujeitos dos 3 aos 17 anos de idade, abarcando os três ciclos de ensino.

A escala inclui 4 subescalas, que medem os Problemas de Oposição, os problemas de Desatenção/Cognitivos, os problemas de Excesso de Actividade Motora e o Índice da PHDA, que diz respeito às características nucleares da PHDA.

Optamos pela aplicação da Escala referida por dois motivos: (1) para verificação das características da nossa amostra, no que diz respeito aos sintomas relacionados com a PHDA – Índice de PHDA - e (2) comparar correlacionando os scores médio de problemas assinalados pelos professores e Número de problemas assinalados, com os scores verificados para o índice de PHDA na Escala de Conners (Conners, 1997).

2.4 – Procedimentos de recolha de dados

Para a concretização do estudo e decorrente recolha de dados foram enviadas cartas às Direcções dos Agrupamentos de Escolas participantes, pedindo autorização para a realização do mesmo. No corpo da carta, explicitava-se a estrutura do projecto de investigação, nomeadamente o tema de estudo e respectivos objectivos, bem como a sua calendarização.

Obtida a autorização para a realização da investigação, efectuamos contacto com os Serviços Especializados de Apoio Educativo dos Agrupamento, para apresentação dos objectivos do estudo e levantamento de dados para a constituição da amostra. Procedemos à identificação das turmas que integravam alunos com diagnóstico de

PHDA, tendo sido consultados para o efeito, os processos individuais dos alunos. Depois de identificadas as turmas passíveis de participarem no estudo, foram distribuídos, através de cada uma das direcções de agrupamento, os questionários aos professores, incluindo carta em formato de consentimento autorizado e indicação do modo de preenchimento dos questionários. O processo de recolha de dados decorreu assim de Abril, a Junho de 2007.

2.5 – Procedimentos de Tratamento dos dados

De acordo com Ribeiro (2007, pp.123) “o objectivo do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é verificar da existência e da natureza das relações entre variáveis”, e.g., os dados devem ser alvo de uma análise e interpretação de modo a assumirem significado para o investigador em causa. Deste modo, nesta investigação procedemos à realização de uma análise estatística descritiva (distribuição de frequências e medidas de tendência central), não paramétrica, por se tratar de um estudo que envolve, ao nível dos seus instrumentos de pesquisa, perguntas dicotómicas e variáveis nominais e ordinais (Ribeiro J. L., 2007). Para a análise referida utilizamos o programa de computador SPSS 16,0 for Windows.INK.

De modo a irmos ao encontro do nosso objectivo da investigação, ou seja, perceber, em relação aos itens do questionário, se existem diferenças, de acordo com as percepções dos professores, entre o comportamento de crianças com PHDA e o comportamento de crianças sem PHDA, realizamos o tratamento de dados com recurso a técnicas estatísticas que consideramos mais adequadas a esse fim. Deste modo, utilizamos o teste do Qui – Quadrado de Pearson, uma vez que se observam as condições para a sua aplicação, isto é, os resultados da nossa investigação apresentam-se em tabelas de frequências e dizem respeito à análise de variáveis dicotómicas. (Sprinthall & Sprinthall, 1993)

Com a aplicação do teste referido, consideramos também os resultados apresentados, pelos testes do Ratio da Verosimilhança (Likelihood Ratio) e de Fisher (Fisher’s Exact Test), uma vez que são apresentados pelo SPSS quando se pede o teste do Qui-Quadrado. Utilizamos o primeiro em função da nossa amostra ($n=25$), apesar da mesma não ser inferior a 25 ($n \leq 25$), optamos pela sua utilização pois, está no limite da condição exigida para a sua aplicação. (Pestana & Gageiro, 2005, p. 130). Quanto ao

segundo a sua utilização deve-se ao facto de não apresentar limitações, no que diz respeito à utilização em tabelas de 2x2. (Pestana & Gageiro, 2005, p. 130).

Para analisarmos o Score médio de problemas, em relação aos itens do questionário aplicado, comparando o GE e o GC, utilizamos o teste não paramétrico da Mann-Whitney, que é uma alternativa ao teste de t para duas amostras independentes, quando o $n \leq 30$, e não se atende à distribuição normal para os grupos em análise, que é o que se verifica com a nossa amostra. O teste “compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes” (Pestana & Gageiro, 2005, p. 444).

Por último, recorreremos à medida de correlação R de Spearman, para verificarmos da existência de correlação entre o score de Défice de Atenção e Hiperactividade (SDAH) com o Score Médio de Problemas (SMP) e Número de Problemas Assinalados (NPA).

CAPÍTULO III

1 – Apresentação e Análise dos Resultados

1.1 – Distribuição de Frequência de Problemas

Com base nos dados recolhidos e depois do seu tratamento estatístico, apresentamos a seguir, através da Tabela 7, e segundo as percepções dos professores, as situações que mais frequentemente, consideram representar um problema de comportamento para as crianças visadas. Os dados constantes da tabela encontram-se dispostos por ordem

Tabela 7 – Frequência de problemas Grupo Total

<i>Itens</i>	Sim		Não		Valores omissos	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
21. No recreio, em jogos de equipa	27	54,0	23	46,0		
3. Durante actividades de pequeno grupo	26	52,0	24	48,0		
20. No recreio.	24	48,0	26	52,0		
2. Durante trabalho individual de secretária	23	46,0	27	54,0		
5. Durante a realização das Fichas de avaliação	23	46,0	26	52,0	1	2,0
6. Durante a correcção dos trabalhos de casa.	22	44,0	28	56,0		
7. Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma.	22	44,0	28	56,0		
12. Quando alguém discorda da sua opinião	22	44,0	28	56,0		
13. Quando tem de aguardar a sua vez.	22	44,0	28	56,0		
14. Na organização do seu espaço/ material	22	44,0	28	56,0		
16. Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	22	44,0	28	56,0		
17. Quando repreendido pelo professor	22	44,0	28	56,0		
19. Durante as actividades de Enriquecimento Curricular.	21	42,0	20	40,0	9	18,0
4. Durante a distribuição/recolha de material à turma.	20	40,0	30	60,0		
8. Durante momentos de actividade livre, dentro da sala.	20	40,0	30	60,0		
9. Quando entra alguém na sala.	20	40,0	30	60,0		
24. Nos corredores.	20	40,0	30	60,0		
11. Quando é chamado ao quadro.	19	38,0	31	62,0		
26. Em passeios e/ ou visitas de estudo.	18	36,0	32	64,0		
1. Quando chega à escola.	16	32,0	34	68,0		
18. Durante exposições para a turma.	16	32,0	34	68,0		
10. Durante a distribuição do lanche.	15	30,0	33	66,0	2	4,0
15. Quando pede/devolve material emprestado	15	30,0	35	70,0		
25. Na casa de banho.	14	28,0	34	68,0		
27. Durante assembleias/ reuniões especiais.	14	28,0	34	68,0		
23. Ao almoço.	12	24	24	48	14	28,0
22. Durante o percurso da sala até ao refeitório	11	22,0	25	50,0	14	28,0
28. No autocarro escolar.	10	20,0	33	66,0	7	14,0
29. Outra situação. Qual?	2	4,0	11	22,0	37	74,0

N= 50

decrecente de frequência e referem-se ao Grupo Total (GT), de crianças sobre as quais foram inquiridos, ou seja englobam o Grupo de Estudo (GE) e o Grupo de Comparação (GC).

Podemos assim verificar, que a situação que se apresenta como a mais referida pelos professores é a que respeita ao item 21 – “No recreio, em jogos de equipa”, com 54% (N=27) das respostas, seguido do item 3 – “Durante as actividades de pequeno grupo” com 52% (N=26) das respostas. O item 28 – “No autocarro escolar” é o que aparece como o menos referido, com apenas 33% (N=10) das respostas.

Entre o item mais referenciado e o menos referenciado, podemos observar um conjunto de 7 itens, considerados por 44% (N=22) dos professores como mais problemáticos. São eles o item 6 - “Durante a correcção dos trabalhos de casa”, o item 7 - “Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma”, o item 12 - “Quando alguém discorda da sua opinião”, o item 13 - Quando tem de aguardar a sua vez”, o item 14 - “Na organização do seu espaço material”, o item 16 - “Quando questionado sobre a conclusão das tarefas” e o item 17 - Quando repreendido pelo professor”.

Registamos ainda valores omissos para 7 itens, sendo que o que apresenta a maior percentagem é o item 29 – “Outra situação? Qual?”, onde 74% (N=37) dos professores não responderam ao item referido, e o que apresenta menor percentagem de valores omissos, é o item 5 - “Durante a realização das fichas de avaliação”, com uma percentagem de apenas 2% (N=1).

A tabela 8 remete-nos para a frequência de problemas no Grupo de Comparação (GC), onde podemos observar que os itens mais referidos pelos professores, para este grupo, são o item 17 “Quando repreendido pelo professor”, o item 20 “No recreio” e o item 21 “No recreio, em jogos de equipa”, com igual percentagem de 20% (N=5) das respostas. Do mesmo modo o item menos referido foi o item 28 “No autocarro escolar” com apenas 4% (N=1) das respostas.

Verificamos ainda, que os professores atribuem a mesma percentagem de respostas a vários conjuntos de itens, considerando-os problemáticos, a saber 16% (N=4) para os itens 8, 12 e 19; 12% (N=3) para os itens 3, 7, 9, 13, 14, 16 e 24; 8% (N=2) para os itens 4, 5, 6, 11, 18, 22, 23, 25 e 26; e 4% (N=1) para os itens 1, 2, 10, 15, 27 e 28. Neste

Tabela 8 – Frequência de problemas Grupo de Comparação

<i>Itens</i>	Sim		Não		Valores omissos	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
17. Quando repreendido pelo professor	5	20,0	20	80,0		
20. No recreio.	5	20,0	20	80,0		
21. No recreio, em jogos de equipa	5	20,0	20	80,0		
8. Durante momentos de actividade livre, dentro da sala.	4	16,0	21	84,0		
12. Quando alguém discorda da sua opinião	4	16,0	21	84,0		
19. Durante as actividades de Enriquecimento Curricular	4	16,0	18	72,0	3	12,0
3. Durante actividades de pequeno grupo	3	12,0	22	88,0		
7. Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	3	12,0	22	88,0		
9. Quando entra alguém na sala.	3	12,0	22	88,0		
13. Quando tem de aguardar a sua vez	3	12,0	22	88,0		
14. Na organização do seu espaço/ material	3	12,0	22	88,0		
16. Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	3	12,0	22	88,0		
24. Nos corredores.	3	12,0	22	88,0		
4. Durante a distribuição/recolha de material à turma	2	8,0	23	92,0		
5. Durante a realização das Fichas de avaliação	2	8,0	22	88,0	1	4,0
6. Durante a correcção dos trabalhos de casa	2	8,0	23	92,0		
11. Quando é chamado ao quadro.	2	8,0	23	92,0		
18. Durante exposições para a turma.	2	8,0	23	92,0		
22. Durante o percurso da sala até ao refeitório	2	8,0	23	92,0		
23. Ao almoço.	2	8,0	17	68,0	6	24,0
25. Na casa de banho.	2	8,0	23	92,0		
26. Em passeios e/ ou visitas de estudo.	2	8,0	23	92,0		
1. Quando chega à escola.	1	4,0	24	96,0		
2. Durante trabalho individual de secretária	1	4,0	24	96,0		
10. Durante a distribuição do lanche.	1	4,0	23	96,0	1	4,0
15. Quando pede/devolve material emprestado	1	4,0	24	96,0		
27. Durante assembleias/ reuniões especiais.	1	4,0	23	92,0	1	4,0
28. No autocarro escolar.	1	4,0	22	88,0	2	8,0
29. Outra situação. Qual?	0	0,0	8	32,0	17	68,0

N= 25

sentido, é de referir, que apesar de haver uma percentagem de professores que consideram aquelas situações problemáticas, para este Grupo de Comparação, ela é baixa, representado apenas entre 1 a 5 professores.

Verificamos também a existência de valores omissos para 7 itens, sendo que o item 29 – “Outra situação? Qual?” apresenta uma percentagem de 68% (N=17) de não respostas e do mesmo modo, o item – 23 – “Ao almoço” apresenta 24% (N=6) de não respostas. É de referir ainda, que o primeiro item, não foi considerado pelos professores como problemático, registando uma percentagem de 0% (N=0).

No seguimento da nossa análise, apresentamos a tabela 9 que nos remete para a frequência de Problemas no Grupo de Estudo (GE).

Deste modo, é possível verificar que todos os itens são referidos pelos professores como problemáticos, para este grupo, com percentagens que variam entre os 92% (N=23), para o item 3 – “Durante as actividades de pequenos grupo” e 36% (N=11) para o item 28 – “No autocarro escolar”. É de notar ainda, que os itens 2 - “Durante o trabalho individual de secretária”, 21 “No recreio em jogos de equipa”, 5 “Durante a

Tabela 9 – Frequência de problemas Grupo de Estudo

<i>Itens</i>	Sim		Não		Valores omissos	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
3. Durante actividades de pequeno grupo	23	92,0	2	8,0		
2. Durante trabalho individual de secretária	22	88,0	3	12,0		
21. No recreio, em jogos de equipa	22	88,0	3	12,0		
5. Durante a realização das Fichas de avaliação	21	84,0	4	16,0		
6. Durante a correcção dos trabalhos de casa.	20	80,0	5	20,0		
7. Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	19	76,0	6	24,0		
13. Quando tem de aguardar a sua vez	19	76,0	6	24,0		
14. Na organização do seu espaço/ material	19	76,0	6	24,0		
16. Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	19	76,0	6	24,0		
20. No recreio.	19	76,0	6	24,0		
4. Durante a distribuição/recolha de material à turma	18	72,0	7	28,0		
12. Quando alguém discorda da sua opinião	18	72,0	7	28,0		
9. Quando entra alguém na sala.	17	68,0	8	32,0		
11. Quando é chamado ao quadro.	17	68,0	8	32,0		
17. Quando repreendido pelo professor	17	68,0	8	32,0		
19. Durante as actividades de Enriquecimento Curricular	17	68,0	2	8,0	6	24,0
24. Nos corredores.	17	68,0	8	32,0		
8. Durante momentos de actividade livre, dentro da sala.	16	64,0	9	36,0		
26. Em passeios e/ ou visitas de estudo.	16	64,0	9	36,0		
1. Quando chega à escola.	15	60,0	10	40,0		
10. Durante a distribuição do lanche.	14	56,0	10	40,0	1	4,0
15. Quando pede/devolve material emprestado	14	56,0	11	44,0		
18. Durante exposições para a turma.	14	56,0	11	44,0		
27. Durante assembleias/ reuniões especiais.	13	52,0	11	44,0	1	4,0
25. Na casa de banho.	12	48,0	11	44,0	2	8,0
23. Ao almoço.	10	40,0	7	28,0	8	32,0
22. Durante o percurso da sala até ao refeitório	9	36,0	8	32,0		
28. No autocarro escolar.	9	36,0	11	44,0	5	20,0
29. Outra situação. Qual?	2	8,0	3	12,0	20	80,0

N=25

realização das fichas de avaliação” e 6 “Durante a correcção dos trabalhos de casa” apresentam percentagens de respostas de 88% (N=22), para os dois primeiros e de 84%

(N=21) e 80% (N=20), para os dois últimos, respectivamente. Verificam-se também valores omissos para 7 itens, onde 4 deles apresentam percentagens de não respostas iguais ou superiores a 20% (N=5). São eles o item 19 – “Durante as actividades de Enriquecimento Curricular”, o item 23 – “Ao almoço”, o item 28 – “No autocarro escolar” e o item 29, como já foi referido.

É de mencionar, que no Grupo de Estudo (GE), as percentagens de professores que consideram estes itens mais problemáticos varia, entre os 92% (N=23) e os 36% (N=9), como já dissemos, o que, comparativamente com o Grupo de Comparação (GC), são percentagens mais elevadas, uma vez que neste último, as percentagens oscilam entre os 20% (N=5) e os 4% (N=1), para os itens considerados problemáticos.

Neste sentido, a tabela 10 regista o número médio de problemas assinalados pelos professores para cada grupo, verificando-se no GE uma média de 18,60 problemas assinalados, enquanto para os outros dois grupos a média é de: 10,74 problemas assinalados para o GT, e 2,88 problemas assinalados para o GC. Para o GT e para o GC, os professores assinalaram um máximo de 28 problemas e um mínimo de 0 problemas, enquanto para o GE assinalaram um mínimo de 5 e um máximo de 28 problemas. O desvio padrão é de 7,714 para o GE, 6,287 para o GC e 10,561 para o GT, o que nos dá uma ideia da variabilidade de respostas dadas pelos professores.

Analisando o GE e o GC em simultâneo, é possível verificar que o número médio de problemas assinalados no GE é consideravelmente maior do que no GC.

Tabela 10 – Número médio de Problemas assinalados por Grupo

	GT	GC	GE
<i>N</i>	50	25	25
Mínimo	0	0	5
Máximo	28	28	28
Média	10,74	2,88	18,60
Desvio Padrão	10,561	6,287	7,714

1.2 – Impacto

Até ao momento, debruçamo-nos sobre a análise do Número de Problemas Assinalados (NPA) pelos professores para cada grupo de estudo. Importa analisar a seguir, o grau de impacto dos problemas assinalados para cada um dos grupos de estudo, atendendo ao grau médio de severidade atribuído, pelos professores inquiridos.

Deste modo, é possível verificar a partir da tabela 11 que o item que causa maior impacto no GC é o item 19 – “Durante as actividades de enriquecimento curricular”, com um grau médio de impacto de 0,64. Verificamos ainda, que a média de impacto referida pelos professores neste grupo é inferior ao valor 1, para todos os itens. O valor mínimo e máximo do grau de impacto varia entre 0 e 7 respectivamente. Deste modo podemos aferir que para o GC os itens considerados problemáticos causam um

Tabela 11 – Grau médio de impacto dos problemas assinalados no GC

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1.Quando chega à escola	25	0	2	,08	,400
2.Durantes o trabalho individual de secretária	25	0	2	,08	,400
3.Durante actividades de pequeno grupo	25	0	2	,16	,473
4.Durante a recolha/distribuição de material à turma	22	0	2	,16	,554
5.Durante a realização das fichas de avaliação	24	0	2	,24	,663
6.Durante a correcção dos trabalhos de casa	25	0	3	,08	,400
7.Durante as actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	25	0	2	,24	,723
8.Durante momentos de jogo livre dentro da sala	25	0	4	,32	,900
9.Quando entra alguém na sala	25	0	4	,24	,831
10.Durante a distribuição do lanche	24	0	2	,08	,408
11.Quando é chamado ao quadro	25	0	2	,16	,554
12.Quando alguém discorda da sua opinião	25	0	3	,36	,907
13.Quando tem de aguardar pela sua vez	25	0	4	,32	,945
14.na organização do seu espaço/material	25	0	5	,36	1,114
15.Quando pede/devolve material emprestado a alguém	25	0	5	,21	1,021
16.Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	25	0	7	,52	1,806
17.Quando repreendido pelo professor	25	0	3	,36	,860
18.Durante exposições para a turma	24	0	3	,20	,707
19.Durante as actividades de enriquecimento curricular	22	0	5	,64	1,529
20.No recreio	25	0	5	,52	1,229
21.No recreio em jogos de equipa	25	0	5	,52	1,299
22.Durante o percurso da sala até ao refeitório	25	0	2	,19	,602
23.Ao almoço	21	0	2	,19	,602
24.Nos corredores	25	0	2	,24	,663
25.Na casa de banho	25	0	2	,16	,554
26.Em passeios e/ou visitas de estudo	25	0	3	,20	,707
27.Durante assembleias e reuniões especiais	25	0	3	,12	,600
28.No autocarro escolar	23	0	2	,09	,417
29.Outra situação? Qual?	8				

impacto ligeiro de acordo com a escala estabelecida.

A tabela 12 mostra-nos que o item que apresenta a maior grau de impacto em termos de média, para o GE, é o item 19 – “Durante as actividades de enriquecimento curricular”, com um valor de 5,21. Verifica-se um impacto máximo de 9 e um impacto mínimo de 0. Todos os itens têm um grau médio de impacto superior a 2.

Tabela 12 – Grau Médio de Impacto dos problemas assinalados GE

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1.Quando chega à escola	25	0	6	2,36	2,396
2.Durante o trabalho individual de secretária	24	0	8	3,96	2,491
3.Durantes as actividades de pequeno grupo	25	0	8	4,56	2,293
4.Durante a recolha/distribuição de material à turma	25	0	8	3,36	2,767
5.Durante a realização das fichas de avaliação	25	0	8	3,84	2,656
6-Durante a correcção dos trabalhos de casa	25	0	8	3,44	2,534
7.Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	25	0	9	4,40	3,317
8.Durante momentos de jogo livre dentro da sala	25	0	9	3,72	3,247
9.Quando entra alguém na sala	24	0	9	3,88	3,468
10.Durante a distribuição do lanche	24	0	8	2,54	2,766
11.Quando é chamado ao quadro	25	0	9	3,08	2,842
12.Quando alguém discorda da sua opinião	25	0	8	3,64	2,928
13.Quando tem de aguardar a sua vez	25	0	9	4,36	3,147
14.Na organização do seu espaço material	25	0	9	4,00	3,069
15.Quando pede/devolve material emprestado	25	0	8	2,24	2,666
16.Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	25	0	8	4,12	2,789
17.Quando repreendido pelo professor	24	0	9	3,96	3,458
18.Durantes exposições para a turma	25	0	8	2,68	2,780
19. Durante as actividades de enriquecimento curricular	19	0	9	5,21	3,119
20.No recreio	25	0	9	4,04	3,129
21.No recreio, em jogos de equipa	25	0	9	4,44	2,631
22.Durante o percurso da sala até ao refeitório	17	0	8	2,94	3,249
23.Ao almoço	17	0	7	3,12	3,018
24.Nos corredores	25	0	8	3,44	2,917
25.Na casa de banho	23	0	7	2,26	2,684
26.Em passeios e/ou visitas de estudo	25	0	7	2,80	2,708
27.Durante assembleias e reuniões especiais	24	0	7	3,04	2,404
28.No autocarro escolar	20	0	8	2,05	2,704
29.Outra situação? Qual?	3	0	9	3,00	5,196

Quanto ao impacto médio dos problemas assinalados pelos professores verificamos que para ambos os grupos o item 19 é o que maior grau médio de impacto apresenta. Os dois grupos diferem entre si quanto à média, máximo, mínimo e desvio padrão, em todos os itens.

Através da tabela 13 verificamos que os itens que apresentam um grau médio de impacto mais elevado, nem sempre são os mais frequentemente assinalados pelos professores. Embora alguns deles constem como de maior impacto a ordem pela qual são assinalados não é a mesma num e noutro grupo excepto o item 21 “No recreio em jogos de equipa”; que aparece no mesmo lugar para as duas variáveis analisadas

Tabela 13: Frequência dos 10 itens mais assinalados e de maior impacto para o GE

Número de Problemas		Impacto	
<i>Itens</i>	<i>F</i>	<i>Itens</i>	<i>Média</i>
3. Durante actividades de pequeno grupo	23	19. – Durante as actividades de enriquecimento curricular	5,21
2. Durante trabalho individual de secretária	22	3. – Durante actividades em pequeno grupo	4,56
21. No recreio, em jogos de equipa	22	21. – No recreio, em jogos de equipa	4,44
5. Durante a realização das Fichas de avaliação	21	7. – Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	4,40
6. Durante a correcção dos trabalhos de casa.	20	13. - Quando tem de aguardar a sua	4,36
7. Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	19	20. – No recreio	4,04
13. Quando tem de aguardar a sua vez	19	14. – Na organização do seu espaço material	4,00
14. Na organização do seu espaço/ material	19	2. – Durante o trabalho individual de secretária	3,96
16. Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	19	17. – Quando repreendido pelo professor	3,96
20. No recreio.	19	9. – Quando entra alguém na sala	3,88

Fazendo a análise comparativa dos três grupos, é possível verificar através da tabela 14 que o GT apresenta um score médio de impacto de problemas de 1,71. Analisando o GE e o GC, ao mesmo tempo, podemos verificar que o score médio de impacto para o GE é de 3,19, enquanto para o GC desce para 0,23, não atingindo o valor 1. Observamos ainda, que o valor máximo do score médio de impacto de problemas assinalados, para o GE é 7,59 e o mínimo é de 0,31, diferindo dos valores registados para o GC, onde se verificam valores máximos de 2,72 e mínimos de 0.

Pelos dados obtidos com a nossa amostra, no que se refere à média de impacto de problemas assinalados, verificamos que há diferença de resultados obtidos na média, mínimo, máximo e desvio padrão entre os grupos considerados.

Tabela 14 –Score médio de impacto de problemas assinalados, por grupo.

	GT	GC	GE
<i>N</i>	50	25	25
Mínimo	0,00	0,00	0,31
Máximo	7,59	2,72	7,59
Média	1,71	0,23	3,19
Desvio Padrão	2,02	0,58	1,86

1.3 – Diferenças de Grupos

Depois de analisadas: (1) a frequência com que os professores assinalam cada item, detendo-nos naqueles que são os mais assinalados; (2) o grau médio de impacto dos problemas, para cada item e (3) o score médio de impacto para cada um dos grupos em estudo, interessa agora analisar, as diferenças, no que diz respeito ao NPA entre cada grupo e as diferenças entre as médias dos scores de impacto entre cada grupo também.

Pela análise da tabela 15 é possível verificar que os professores assinalam todos os itens como problemáticos para os grupos em causa, exceptuando o item 29 “Outra situação? Qual?”. Contudo, no GE, cada item é assinalado pela maioria dos professores como problemático, enquanto no GC cada item é assinalado pela maioria dos professores como não problemático. Há como que uma tendência inversa de um grupo para o outro, o que nos leva a averiguar se existe diferenças significativas entre cada grupo, nas respostas dadas pelos professores.

Tabela 15 – Diferenças de Grupos segundo Número de Problemas Assinalados

<i>Itens</i>	Grupo de Estudo		Grupo de Comparação	
	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
1. Quando chega à escola.	14	10	1	24
2. Durante trabalho individual de secretária	21	1	1	24
3. Durante actividades de pequeno grupo	22	2	3	22
4. Durante a distribuição/recolha de material à turma	17	7	2	23
5. Durante a realização das Fichas de avaliação.	20	4	2	22

N=25

Tabela 15 – Diferenças de Grupos segundo Número de Problemas Assinalados (Cont.)

<i>Itens</i>	Grupo de Estudo		Grupo de Comparação	
	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
6.Durante a correcção dos trabalhos de casa	19	5	2	23
7.Durante actividades orientadas do outro profissional que não o professor da turma	18	6	3	22
8.Durante momentos de actividade livre dentro da sala.	15	9	4	21
9.Quando alguém entra na sala	16	8	3	22
10.Durantes a distribuição do lanche	13	10	1	23
11.Quando é chamado ao quadro	16	8	2	23
12.Quando alguém discorda da sua opinião	17	7	4	24
13.Quando tem de aguardar a sua vez	18	6	3	22
14.Na organização do seu espaço material	18	6	3	22
15.Quando pede /devolve material à turma	13	11	1	24
16.Quano questionado sobre a conclusão das tarefas	18	6	3	22
17.Quando repreendido pelo professor	16	8	5	20
18.Durantes exposições para a turma	14	10	2	23
19.Durante as actividades de enriquecimento curricular	16	2	4	18
20.No recreio	19	5	5	20
21.No recreio em jogos de equipa	21	3	5	20
22.Durante o percurso da sala até ao refeitório	8	8	2	17
23.Ao almoço	9	7	2	17
24.Nos corredores	16	3	8	22
25.Na casa de banho	12	10	2	23
26.Em passeios/visitas de estudo	16	8	2	23
27.Durante assembleias e reuniões especiais	13	10	1	23
28.No autocarro escolar	8	11	1	22
29. Outra situação. Qual?	2	3	0	8

N= 25

Da análise dos dados constantes na tabela 16 podemos observar que o valor da significância do teste do Qui-Quadrado de Pearson é ,000 para a maioria dos itens, o que é estatisticamente significativo, indicando-nos que os dois grupos se comportam de forma diferente, existindo por isso diferenças significativas entre eles. Esta situação é também confirmada pelo *Likelihood Ratio*, como se pode verificar pela análise da referida tabela.

Tabela 16 – Análise das diferenças entre o GE e o GC

<i>Itens</i>	N	Qui Quadrado de Pearson		Likelihood Ratio	
		Valor	Asymp.Sig	Valor	Asymp.Sig
1. Quando chega à escola.	49	17,018	,000	19,366	,000
2. Durante trabalho individual de secretária	49	34,509	,000	40,935	,000
3. Durante actividades de pequeno grupo	49	31,099	,000	35,794	,000
4. Durante a distribuição/recolha de material à turma	49	20,364	,000	22,525	,000
5. Durante a realização das Fichas de avaliação.	48	27,189	,000	30,813	,000
6. Durante a correcção dos trabalhos de casa	49	25,323	,000	28,423	,000
7. Durante actividades orientadas do outro profissional que não o professor da turma	49	19,845	,000	21,587	,000
8. Durante momentos de actividade livre dentro da sala.	49	11,153	,001	11,699	,001
9. Quando alguém entra na sala	49	15,414	,000	16,539	,000
10. Durantes a distribuição do lanche	47	15,393	,000	17,445	,000
11. Quando é chamado ao quadro	49	18,134	,000	19,947	,000
12. Quando alguém discorda da sua opinião	49	15,033	,000	15,967	,000
13. Quando tem de aguardar a sua vez	49	19,845	,000	21,587	,000
14. Na organização do seu espaço material	49	19,845	,000	21,587	,000
15. Quando pede /devolve material à turma	49	15,100	,000	17,129	,000
16. Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	49	19,845	,000	21,587	,000
17. Quando repreendido pelo professor	49	10,889	,001	11,352	,001
18. Durantes exposições para a turma	49	14,107	,000	15,366	,000
19. Durante as actividades de enriquecimento curricular	40	19,798	,000	22,032	,000
20. No recreio	49	17,153	,000	18,324	,000
21. No recreio em jogos de equipa	49	22,400	,000	24,640	,000
22. Durante o percurso da sala até ao refeitório	35	6,632	,010	6,911	,009
23. Ao almoço	35	8,426	,004	8,857	,003
24. Nos corredores	49	15,414	,000	16,593	,000
25. Na casa de banho	47	12,122	,000	12,996	,000
26. Em passeios/visitas de estudo	49	18,134	,000	19,947	,000
27. Durante assembleias e reuniões especiais	47	15,393	,000	17,445	,000
28. No autocarro escolar	42	8,810	,003	9,554	,002
29. Outra situação. Qual?	13	3,782	,0523	4,432	,035

Na continuação, procedemos à análise das diferenças do SMP entre os dois grupos em estudo. O estudo das diferenças devolveu-nos os resultados constantes da tabela 17, onde também é possível verificar que o valor da significância é estatisticamente significativo pelo que podemos aferir que quanto ao SMP os dois grupos também diferem entre si.

Tabela 17 – Análise das diferenças do SMP entre o GE e o GC.

	N	Grupos	Mean Rank	Mann-Withney	Asymp. Sig
SMP	25	GE	37,32	17,500	,000
	25	GC	13,68		

1.4 – Correlações entre o Score de Déficit de Atenção e Número de Problemas Assinalados e Score Médio de Problemas

Com vista a percebermos se as crianças que apresentam índice de PHDA apresentam também um aumento da frequência de problemas bem como um aumento do score médio de problemas, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman.

Podemos então verificar pela tabela 18 que a variável SDAH se correlaciona com as variáveis NPA e SMP, pois os valores de correlação são todos $> 0,01$ e $> 0,05$. No primeiro caso a correlação é significativa com um coeficiente de correlação moderado (,493) e no segundo caso verifica-se também uma correlação significativa com um coeficiente de correlação elevado (,713). De acordo com Pestana & Gageiro (2005) o “coeficiente de Ró de Spearman varia entre -1 e +1, sendo que, quanto mais próximo estiver de cada um dos extremos, maior é a associação linear entre as variáveis” (pp. 176).

Tabela 18 – Coeficiente de correlação de Spearman entre o índice de PHDA, NPA e SMP no GE

		SDAH	NPA	SMP
Score Déficit de Atenção e Hiperactividade	Coeficiente de correlação	1,000	,493*	,713**
	Sig. (2-tailed)		,014	,000

N=24

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Deste modo, com base nos dados obtidos com a nossa amostra podemos aferir que há uma forte associação entre as variáveis analisadas, pelo que uma criança que apresente sintomatologia mais evidente, apresentará também, maior frequência de problemas e maior impacto dos mesmos em contexto escolar.

2 – Discussão de Resultados

2.1 – Número de Problemas Assinalados

Da análise estatística de dados realizada, aferimos que os professores assinalaram, para os dois grupos de crianças, todos os itens como problemáticos. Nas situações sobre as quais foram inquiridos, consideram que todas elas representam um problema de comportamento, para as crianças em questão e não exclusivamente para as crianças com PHDA. Contudo, no GE, ou seja no grupo de crianças com PHDA, o NPA pelos professores é muito mais elevado do que no caso do GC, de crianças sem PHDA. Para este grupo, é muito menor. O que quer dizer que cada uma das crianças analisadas no GE apresenta um número muito elevado de problemas, enquanto no GC, algumas das crianças não apresentam qualquer problema. É de notar que não há situações referenciadas exclusivamente para um ou para outro grupo, o que se traduz numa grande variabilidade de respostas obtidas dos professores.

Analisando estes resultados à luz da literatura da especialidade, o nosso estudo espelha aquilo que vem sendo dito na literatura sobre a heterogeneidade das crianças com PHDA. Esta heterogeneidade prende-se com aquilo que DuPaul & Stoner classificou de “perfil sintomático” (2007), variando consoante a lista de 18 sintomas comportamentais identificados para a perturbação (APA, 2002), subdivididos ainda, em dois conjuntos de 9 sintomas cada, dando origem a três subtipos de PHDA: (1) tipo combinado, (2) tipo predominantemente desatento e (3) tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo. A variabilidade de perfil composto pela combinação dos vários sintomas comportamentais identificados dá origem à heterogeneidade das crianças diagnosticadas com PHDA.

Estas crianças manifestam os mesmos problemas de comportamento que os seus pares sem PHDA, a diferença residem apenas no grau de intensidade e na frequência e gravidade com que ocorrem (DSM-IV - TR, 2002). Segundo Melo (2003), “as características, nucleares da PHDA, são comuns a muitas outras situações problema ou mesmo comuns ao normal funcionamento do indivíduo” (pp.94). Não se trata, por isso, de uma diferença em relação à normalidade, como no caso das perturbações do espectro do autismo, por exemplo, cujos portadores têm estereotípias, mas sim em relação ao desajuste que determinadas situações provocam nestas crianças devido à sua frequência e intensidade. Parece-nos pois que o elevado NPA pelos professores para o GE de

crianças com PHDA pode ser explicado por esta via, percebe-se que, para os participantes no estudo, as situações analisadas são um problema para estas crianças em concreto e não para os seus pares sem PHDA.

Verificamos também, que as situações que obtiveram o maior número de sinalizações, e para isso, consideramos apenas as 10 que registaram a frequência mais elevada, são situações que se tornam problemáticas, porque implicam directamente as características nucleares da PHDA, ou seja a desatenção, o excesso de actividade motora e a impulsividade.

Segundo DuPaul & Stoner (2007), as características referidas, podem levar a várias dificuldades no contexto escolar. 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.

Neste sentido, verificamos que no nosso estudo, o item 2 – “Durante o trabalho individual de secretária” foi o segundo item mais assinalado. Na mesma linha de análise estão os itens 5 - “Durante a realização das fichas de avaliação” e o item 6 – “Durante a correcção de trabalhos de casa”. Estas situações implicam a utilização da capacidade de atenção que, se agrava sempre que as tarefas exigem a manutenção prolongada da mesma (Ribeiro, 2008), como aquelas que estão implícitas nas situações referidas (levar acabo tarefas individuais, resolver fichas de avaliação e corrigir os trabalhos de casa). Deste modo, as dificuldades descritas anteriormente estão patentes no nosso estudo através, do elevado número de professores que consideram aquelas situações problemáticas para as referidas crianças.

Para além dos itens já citados, o item assinalado com mais frequência pelos professores foi o item 3 – “Durante actividades de pequeno grupo. Este item remete-nos para um outro problema decorrente das características nucleares da PHDA que é a questão da impulsividade e a sua relação com a dificuldade que estas crianças demonstram ao nível das relações sociais entre pares. Lopes refere (2004) um estudo de Pelham e Bender (1982) onde se apurou que uma percentagem de 50% de crianças com PHDA manifesta dificuldades significativas no relacionamento interpessoal. O mesmo é referido por

DuPaul & Stoner (2007) mencionando estudos que utilizam medições sociométricas (Starmont, 2001) que detectaram taxas muito elevadas de rejeição por parte dos colegas de crianças que exibiam comportamentos relacionados com a PHDA. Estas crianças facilmente interrompem os colegas, falam por cima deles, perturbam as actividades da sala e por vezes perdem a calma, sempre que se deparam com uma situação de conflito com pares.

Dois outros itens mereceram também um número assinalável de respostas por parte dos professores. Foram eles o item nº 21 – “No recreio, em jogos de equipa”, e o item 20 – “No recreio”. Estas são também situações que implicam, não só a relação social entre pares, como o cumprimento de regras. São conhecidos os relatos de pais, professores e colegas de crianças com PHDA, onde referem que estas tentam entrar em jogos ou brincadeiras que já se iniciaram, sem respeitarem as regras instituídas e sem darem atenção ao que os outros dizem (DuPaul & Stoner, 2007). Neste aspecto os professores aqui inquiridos percebem estas situações como problemáticas para estas crianças, o que vai ao encontro do que é dito na literatura.

Outras situações foram consideradas problemáticas pelos professores inquiridos e dizem respeito aos itens: 7 – “Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma”, o item 13 – “Quando tem de aguardar a sua vez”, o item 14 – “Na organização do seu espaço/material” e o item 16 - “Quando questionado sobre a conclusão das tarefas”. Todas estas situações implicam como temos vindo a dizer a questão da desatenção e da impulsividade. Torna-se muito complicado gerir estas situações uma vez que envolvem factores que, tal como diz Lopes (2004), implicam competências como a reflexão, o planeamento, o estabelecimento de objectivos e a gestão do tempo, que estas crianças têm, mas não são capazes de solicitar quando a situação o exige (pp. 202).

O item 7 “Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma”, coloca-nos a questão da necessidade destas crianças terem um ambiente de trabalho estruturado, com definição de regras claras, envolvendo por parte do professor a explicação das tarefas a realizar de forma clara e compartimentada. Estas crianças revelam dificuldade em gerir os imprevistos e a alteração das rotinas, implícitos no item referido, daí que também seja um dos mais referidos pelos professores.

Se uma das características das crianças com PHDA é constituir-se como um grupo heterogéneo por força da sintomatologia associada, também se constitui como um grupo homogéneo no que ao número de problemas diz respeito, como pudemos verificar através dos resultados obtidos no nosso estudo.

2.2 – Impacto

No que diz respeito ao impacto que os problemas de comportamento causam em contexto escolar, interessa ressaltar que nem sempre os itens mais assinalados pelos professores são os que são assinalados como causadores de maior impacto. O que quer dizer, que mesmo que o comportamento não seja muito frequente, ele pode ser muito problemático. Relembramos que os professores assinalaram o impacto dos problemas com base numa escala de avaliação do grau de severidade, que variava de 1 (problema ligeiro) até 9 (problema severo).

Assim, o item 19 – “Durante as actividades de enriquecimento curricular” foi identificado como causador de maior impacto, enquanto o mais frequentemente assinalado foi o item 3 – “Durante actividades de pequeno grupo”. No primeiro caso, pensamos que a razão que está na base deste item ser considerado o causador de maior impacto, se prende com a orgânica das actividades de enriquecimento curricular, que quanto a nós, potencia ainda mais as dificuldades evidenciadas por crianças com PHDA. Estas actividades encerram o formato de “aulas”, funcionando em contra horário, ou no fim das actividades lectivas, com tempos lectivos de quarenta e cinco minutos, abrangendo quatro áreas disciplinares: Inglês, Expressão Musical, Actividade Físico-Desportiva e Apoio ao Estudo. Cada uma das disciplinas tem um professor diferente, excepto Apoio ao Estudo, que em algumas escolas, é da responsabilidade do professor titular de turma. O tipo de actividades aqui desenvolvidas é semelhante às que se realizam dentro do chamado período lectivo, decorrendo por vezes no mesmo espaço, ou em espaços sem condições físicas adequadas ao número de alunos, com a agravante de serem realizadas depois dum período de cinco horas de actividades escolares. Estas condições, como facilmente se percebe, não são as melhores para crianças com PHDA. Se já é difícil gerir as dificuldades colocadas no período lectivo, mais complicado se torna, quando esse período é prolongado no dia, normalmente para a tarde, onde se verifica uma maior dificuldade ao nível da atenção nestas crianças e de todas as dificuldades com ela relacionadas.

É de referir ainda, que este mesmo item foi também considerado o de maior impacto no GC, o que sugere que as Actividades de Enriquecimento Curricular devem ser alvo de algum tipo de estudo que clarifique as razões que desencadeiam esta desadaptação, até para as crianças sem PHDA.

Quanto aos restantes itens, coincidem com os assinalados pelos professores como mais frequentes, com alteração apenas na ordem de maior impacto em relação a estes, excepto os itens 9 – “Quando entra alguém na sala”, 17 – “Quando repreendido pelo professor” e 19 – “Durante as actividades de enriquecimento curricular”, que são considerados causadores de maior impacto, mas não aparecem como os mais frequentemente assinalados.

Interessa também verificar, se os resultados apurados neste estudo, ao nível do impacto, têm alguma semelhança com outros estudos realizados, tendo por base as percepções dos professores.

Analisando os itens que causam maior impacto no contexto escolar, com os factores encontrados por (Ribeiro, 2008), num estudo que aborda as percepções dos professores do 1º ciclo sobre a PHDA, realizado em escolas do Carregado, com uma amostra de quarenta e quatro (N=44) professores, verificamos que os primeiros estão implícitos nos segundos. Assim, Ribeiro (2008) identificou quatro factores que segundo os professores são responsáveis pelas maiores desadaptações no contexto escolar e são eles os “comportamentos de agressividade e oposição”, “não aceitar e respeitar regras”, as “dificuldades de aprendizagem” e “as dificuldades na relação com os pares”(pp.103). Paralelamente, no nosso estudo e considerando os 10 itens causadores do maior impacto, verificamos que estes implicam alguns dos factores identificados na investigação que mencionamos. Exemplo disso são o item 3 – “Durante as actividades de pequeno grupo” que implica directamente as dificuldades de relação com os pares, o item 13 - “Quando tem de aguardar a sua vez” e o item 21 - “No recreio, em jogos de equipa”, que dizem respeito à dificuldade em aceitar e respeitar regras, o item 2 – “Durante o trabalho individual de secretária” mais directamente relacionado com as dificuldades de aprendizagem. Estes exemplos ilustram alguma semelhança entre os dois estudos. Embora no primeiro estudo as percepções solicitadas aos professores tenham a ver com factores responsáveis pela desadaptação e no nosso estudo tenham a ver com situações do quotidiano escolar, passíveis de criar desadaptações para as

crianças com PHDA, em ambos os casos, está subjacente o comportamento. E nesse sentido podemos dizer que os dois estudos se assemelham quanto aos resultados encontrados para o impacto da PHDA em contexto escolar.

No estudo de Lourenço (2009), realizado em Almada, envolvendo uma amostra de cento e dez (N=110) professores, dos quais, trinta e oito (N=38) leccionavam no 1º ciclo, onde se pretendia analisar as percepções e atitudes dos professores face à PHDA em contexto escolar, verificamos que os problemas associados à PHDA considerados mais desadaptativos (“dificuldades de aprendizagem, dificuldade de relação com os pares e não aceitar e respeitar as regras”pp.137) relacionan-se com algumas das situações (itens 3 “Durante actividades de pequeno grupo”, 21 “No recreio em jogos de equipa”, 13 “Quando tem de aguardar a sua vez”, 20 “No recreio”), por nós identificadas como causadoras de maior impacto no referido contexto. Contudo, se restringirmos esta análise apenas ao 1º ciclo, considerando as características que perturbam mais a vida escolar, verificamos que o item “têm dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades” aparece em primeiro lugar, seguindo-se do item “distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” e o item “não segue instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares” pelo que neste caso, é a questão da desatenção que aqui está envolvida, enquanto no nosso estudo é a questão do relacionamento com pares.

Dentro da análise das percepções dos professores sobre a PHDA, um outro estudo merece a nossa referência. Trata-se do estudo piloto realizado por Rodrigues & Encarnação (2006), que abrangeu escolas do distrito de Santarém, envolvendo uma amostra de cento e catorze professores (N=114), dos quais, vinte e quatro (N=24) leccionavam no 1º ciclo. Nesta caso, os resultados apurados, dizem respeito às características relacionadas com os sintomas nucleares da PHDA, geradoras de maior impacto em contexto escolar. As características encontradas como originadoras de maiores desajustamentos são, por ordem de desadaptação, os relacionados com a desatenção e aqui temos “o perder com frequência objectos necessários a tarefas ou actividades, esquecer-se com frequência das actividades quotidianas e dificuldade na organização das actividades e tarefas” (Rodrigues & Encarnação, 2006). Seguem-se as características que dizem respeito à hiperatividade, registando-se em primeiro lugar “a dificuldade em jogar com frequência ou em dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio, seguindo-se movimentar excessivamente as mãos e os pés ou a mover-se quando

está sentado e andar ou actuar como se estivesse “ligado a um motor” (Rodrigues & Encarnação, 2006). E por último temos as características relacionados com a impulsividade, a saber “a dificuldade em esperar pela sua vez, precipitar com frequência as respostas antes que as perguntas tenham acabado e interromper ou interferir nas actividades dos outros” (Rodrigues & Encarnação, 2006).

Os nossos resultados apontam para algumas diferenças na ordem de desadaptação já que as situações consideradas de maior impacto têm a ver com as dificuldades de relação com pares e dificuldade em cumprir regras (itens 3, 21, 7, 13 e 20), que se referem às características da impulsividade, enquanto neste estudo as características que aparecem em primeiro lugar têm a ver com a questão da desatenção, que no nosso estudo aparece a seguir. As situações e as características (Simões, 2007) de maior desajuste encontram-se presentes nos dois estudos só que não lhes é atribuída a mesma ordem de desadaptação pelos professores inquiridos.

Dos três estudos analisados interessa reter que, de acordo com as percepções, dos professores inquiridos a PHDA causa impacto no contexto escolar, originando situações de difícil gestão tanto para professores como para alunos. Tal como já dissemos, aquando da discussão dos resultados sobre o ponto anterior, estas situações têm origem nas características nucleares da PHDA e nas dificuldades que a ela se associam, especialmente nas dificuldades de aprendizagem, na dificuldade de relação com os pares e nos comportamentos disruptivos. Esta associação de factores tem consequências que estão amplamente estudadas e que nos alertam para os seus efeitos a longo prazo. São conhecidas as relações entre a PHDA e o número de retenções, as suspensões, as expulsões, o abandono escolar precoce e o abuso de drogas. Estes problemas têm tendência a prolongar-se até à vida adulta

2.3 – Diferenças de Grupos

Neste estudo apuraram-se diferenças entre os dois grupos investigados, no que diz respeito ao NPA pelos professores e ao impacto dos mesmos no contexto escolar. Desta evidência, interessa reter que estas diferenças têm consequências para as crianças com PHDA a vários níveis, (W. J. Barbaresi, Colligan, Pankratz, Weaver, & Weber, 2002) nomeadamente no que diz respeito ao desempenho académico.

A este nível, as crianças com PHDA são consideradas em risco acrescido de apresentarem vários problemas nas áreas de desempenho académico e no funcionamento cognitivo, quando comparados com crianças sem estas perturbação. DuPaul & Stoner (2007) referem que até 80% das crianças com PHDA, apresentam dificuldades de aprendizagem ou de desempenho académico e que uma percentagem significativa destas crianças, revela dificuldades no funcionamento cognitivo, nomeadamente em encontrar soluções para problemas, na capacidade de organização, na linguagem expressiva e no controle motor fino ou grosso (pp.67). Reforçam ainda que se uma criança com PHDA evidenciar uma destas situações ou uma combinação das mesmas, o risco de fraco desempenho académico é ainda maior. (pp.67).

Estudos levados a cabo por Barkley (1990 cit. DuPaul & Stoner, 2007) de acompanhamento de crianças com PHDA até à adolescência, confirmam risco agravado de desenvolverem fraco desempenho académico crónico e de estarem mais propensas ao abandono escolar, isto é, de apresentarem taxas mais elevadas de abandono escolar do que os seus pares sem PHDA.

LIMITAÇÕES:

Temos consciência que o presente estudo apresenta limitações. No que diz respeito à amostra de crianças sobre as quais incidiram as percepções dos professores, o critério e selecção das mesmas deveria ter sido revisto, nomeadamente para as crianças que apresentavam um índice de Hiperactividade abaixo do ponto de corte considerado para a população portuguesa.

Tratando-se de um estudo sobre as percepções dos professores, as opções metodológicas deveriam abarcar outro tipo de instrumentos de pesquisa, de modo a obtermos uma dimensão qualitativa sobre o objecto de estudo, mais próxima da realidade, nomeadamente através da utilização da entrevista e até mesmo da observação directa dos comportamentos das crianças no próprio contexto escolar.

CONCLUSÃO:

O objectivo do nosso estudo foi perceber se os professores percepcionavam o comportamento de dois grupos de crianças de forma diferente, quanto à sua condição de terem ou não PHDA e ao impacto que causam em contexto escolar.

Pudemos confirmar que existem diferenças significativas entre os comportamentos de crianças com PHDA e crianças sem PHDA à luz das percepções dos professores participantes neste estudo. Estas diferenças são estatisticamente significativas no que concerne ao impacto e ao número de problemas assinalados para cada grupo. Apuramos ainda que apresentar sintomatologia condizente com o índice de PHDA, significa apresentar também, maior frequência e maior grau de impacto de problemas de comportamento em contexto escolar. Foi possível perceber que as situações mais problemáticas para as crianças com PHDA são as que implicam directamente a sintomatologia de base da PHDA: neste estudo concretamente, a desatenção e a impulsividade.

Das conclusões apuradas interessa destacar que o comportamento de crianças com PHDA causa impacto em contexto escolar com consequências a vários níveis, destacando-se os problemas no desempenho académico e nas relações sociais com pares, com implicações directas no futuro próximo das mesmas.

Perante estas evidências, a questão que se coloca passa pela necessidade de intervir junto destas crianças, com vista à sua inclusão escolar e ao seu sucesso académico. Neste sentido, torna-se imprescindível equacionar o papel do professor neste cenário, dado que é ele, um dos actores principais do mesmo e por essa via terá de gerir todas as situações que vierem a ocorrer dentro de sala de aula com estas crianças. Mais ainda, quando há evidências que provam a existência de relação entre o conhecimento que o professor tem sobre a PHDA e a atitude que manifesta face às crianças com esta perturbação. Concretamente, sabe-se que quanto maior é o conhecimento do professor sobre a PHDA, melhor é a abordagem pedagógica a estas crianças. Esta ideia é sustentada também pela hipótese avançada por DuPaul & Stoner (2007), que nos diz, que os problemas sociais experimentados por crianças com PHDA estão inter-relacionados com os problemas de desempenho académico, ao nível da instrução. Isto é, crê-se que o professor tem um papel crítico na forma como prepara e orienta a instrução, de modo a promover e desenvolver as competências académicas e sociais nos seus

alunos e assim prevenir e resolver problemas em áreas essenciais, como estas. O que nos leva ainda a acrescentar e a particularizar que o insucesso experimentado pelas crianças com PHDA, não está apenas relacionado com as características e comportamentos decorrentes da perturbação, mas com uma estreita ligação entre os comportamentos referidos e determinados factores presentes na sala de aula. Estes factores têm influência directa no sucesso destas crianças e têm a ver com o grau de dificuldade das tarefas, com o tempo de duração das mesmas, com os materiais utilizados, muitas vezes pouco apelativos, com a motivação para as tarefas e com o desafio que cada tarefa apresenta (Rodrigues, 2007).

Todos os factores referidos anteriormente estão directamente relacionados com a forma como o professor aborda a sua intervenção pedagógica, e é neste sentido que o seu papel deve ser equacionado, tendo em conta o seu conhecimento sobre a PHDA, a sua atitude face à perturbação e a sua abordagem à criança com PHDA, para deste modo responder à necessidade de intervenção junto destas crianças.

A concretização deste pressuposto passa, quanto a nós, pela formação de professores abarcando os três pontos referidos: apetrechar os professores com conhecimentos de base empírica sobre a PHDA, estabelecer através desta base, uma ponte motivadora de alterações, nas suas atitudes e prática pedagógica perante crianças com esta perturbação.

Desta forma, acreditamos que o enriquecimento da investigação que agora termina, se fará com a concretização de novos estudos, pois não basta apenas constatar uma realidade, é preciso intervir sobre ela. E neste sentido propomo-nos dar continuidade a esta investigação com uma outra no âmbito de um projecto de Licença Sabática, já em curso, e que procura dar resposta às questões colocadas anteriormente: serão investigadas as estratégias de ensino em contexto de sala de aula. Partindo do pressuposto, que o professor tem actualmente um conhecimento que abarca, não só questões relacionadas com a PHDA, mas também sobre o tipo de estratégias a utilizar em contexto de sala de aula, interessa perceber quais as razões que levam os professores a não utilizá-las e a não modificar a sua atitude em termos de prática pedagógica para com estas crianças. Interessa também perceber se as razões que estão na base da não utilização de determinadas estratégias se prendem com razões do contexto em si (turmas grandes, muitos alunos problemáticos na mesma turma), ou do próprio professor (falta de tempo, dificuldade na implementação das estratégias). Pretendemos consubstanciar

os resultados desta investigação em formato de linhas de orientação (guidelines) para a formação de professores e na implementação de um projecto-piloto que aplique na prática as estratégias que resultarem do levantamento feito nesta investigação.

Para além da constatação de uma realidade, que é actual, complexa e problemática, este estudo possibilitou-nos enquadrar a PHDA sobre o ponto de vista do professor e da sala de aula, pois é aí, onde parte daquilo que será o futuro destas crianças começa, quer seja para “o bem ou para o mal”. E é aí, que a intervenção deve chegar, sobretudo na modificação de estratégias ao nível académico, uma vez que a obtenção de um bom desempenho escolar é promissor da diminuição dos factores negativos associados à PHDA. A criança com PHDA sentindo que é capaz aumenta a auto-estima, melhora o relacionamento social, a capacidade de atenção, e os episódios ligados à impulsividade diminuem (Lopes, 2004).

Para finalizar gostaríamos de reforçar uma outra ideia que passa pela importância do professor equacionar a sua intervenção com estas crianças sobre o ponto de vistas dos seus pares sem PHDA. As estratégias que são tidas como adequadas para intervir com estas crianças, em particular, são-no também para intervir com crianças sem PHDA, na generalidade, portanto se o professor traçar o seu projecto curricular de turma com base nos alunos com PHDA provavelmente ganhará o grupo...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altepeter, T. S., & Breen, M. J. (1989). The Home Situations Questionnaire (HSQ) and the School Situations Questionnaire (SSQ): Normative Data and an Evaluation of Psychometric Properties. *Journal of Psychoeducational Assessment*, pp. 312-322.
- APA. (2002). *DSM IV-TR - Manual Estatístico e de Diagnóstico das Doenças Mentais*. Lisboa: Clepsidra Editores.
- Association, A. P. (11 de Maio de 2010). Obtido em 11 de Maio de 2010, de www.dsm5.org.
- Baliza, E. G. (2002). *Oa Alunos e a Escola Inclusiva*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana, Educação especial e Reabilitação Psicomotora. Lisboa: FMH.
- Barbarese, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, V. S., Weaver, A. L., & K. J. Weber, e. a. (2002). How common is Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? Incidence in a population-based birth in Rochester. *Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, pp. 217-224.
- Barkley, R. A. (2006). The nature of ADHD - History. In R. A. Barkley, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 3- 75). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). Associated Cognitive, Developmental and Health Problems. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 122-183). New York: The Guildford Press.
- Barkley, R. A. (1981). Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. In E. J. terdal, *Behavioral assessment of Chidhood Disorders* (2^a ed ed., pp. 60-104). New York: Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2006). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 77 - 121). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade - THDA*. São Paulo: Artemed.
- Beckle, B. (2001). Review of Reacherch on teachers' Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperctivity disorder (ADHD). *Australasian Journal of Special Education*, 25, pp. 67-85.
- BeKle, B. (2004). Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparasion between practicing teachers and undergraduate education student. *Journal of Attention Disorders*, 7 (3), pp. 151-161.
- Breen, M. J., & Altepeter, T. S. (February de 1991). Factor Structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire . *Journal of Pediatric Psychology*, pp. 59-57.

- Brophy, J. (1996). *Teaching Problem Students*. New York: Guilford Press.
- Camisão, I. F. (2004). *Percepção dos Professores do Ensino Básico acerca da Inclusão de Alunos com Necessidades educativas Especiais*. Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Carlson, E. A., & A.Sroufe, D. J. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development* , 66, pp. 37-54.
- Cherkes-Julkowski, M. (1998). Learning disability, Attention Deficit Disorder and Language Impairment as outcomes of prematurity: A longitudinal study. *Journal of Learning Disabilities* , 31(3), pp. 294-306.
- Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early Television Exposure and Subsequent Attentional. *Pediatrics-Official Journal of the American Academy of Pediatrics* , 113, pp. 708-713.
- Conners, C. K. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade*. Porto Alegre: Artemed.
- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., & Moore, R. J. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHA: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly* , 21 (2), pp. 171-196.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas - Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Encarnação, J. A. (2006). Estudo das percepções de professores sobre a PHDA - Estudo piloto das percepções dos professores dos 1º, 2º, 3º Ciclos e Secundário das Escolas de Santarém. Lisboa: Manuscrito não publicado - Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa.
- Fernández, S. J., & Casas, R. T. (2007). Comocimientos, concepciones erróneas e lagunas de los maestros sobre el transtorno por déficit de atención com hiperactividad. *Psicothema* , 19 (4), pp. 585-590.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente : Questões e perspectivas actuais. *Psychologica* , 19, pp. 165-199.
- Fonseca, A. C., Ferreira, J. A., Simões, A., Rebelo, J. A., & Cardoso, F. (1996). A Escala Revista de Conners para Professores (Conners- 28): Dados Normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia* , pp. 83-87.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., & Rebelo, J. A. (1998). A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório. *Psychologica* , 19, pp. 209-221.

- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. *Patient Education Counseling* , pp. 1-5.
- 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.
- Goodman, G., & Poillon, M. J. (1992). Add: acronym for any dysfunction or difficulty. *The Journal of Special Education* , 26 (1), pp. 37-56.
- Group, M. C. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arquives of Cilinical Psychiatry* , 56, pp. 1073-1086.
- Guardiola, A., Fuchs, F. D., & Rotta, N. T. (2000). Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorders in students: comparasion between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos de Neuropsiquiatria* , 58 (2-B), pp. 401-407.
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C., & segal, A. (1999). Graduating Teachers' Knowledge and attitudes about Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A comparasion wiht practicing teachers. *Canadian Journal of Psychology* , 44 (2), p. 192.
- Júlio, A. R. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hayc, D. A. (2 de Junho de 2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education* , 53, pp. 147–160.
- Lima, M. P. (2006). Atitudes: Estrutura e Mudança. In J. Vala, & M. B. (Org.), *Psicologia Social* (7ª edição ed., pp. Capítulo 8 - 187-2225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lisboa, A. d. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lourenço, M. I. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo deo ensino Básico*. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à otenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.
- Melo, A. I. R. (2003). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Tese de Doutoramento não Publicada Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A., & Strain, M. C. (2008). Does Knowledge About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Impact Teachers'

- Reported Behaviors and Perceptions? *School Psychology Quarterly* , 23 n° 3, pp. 436-449.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade - Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. C. (1996). *The ADD hyperactivity Handbook for School*. Florida: Specialty Press.
- Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2005). Racial and Ethnic differences in ADHD and LD in young school-age children: Parental reports in the national Health interview survey. *Public Health Reports* , 120, pp. 383-392.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically Supported Psychosocial Treatments for ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology* , pp. 189-204.
- Perez, A. (1994). Dificuldades de Comportamiento. In M. Garcia, *Bases Psicopedagógicas de la Educacion Especial* (pp. 293-318). Alcoy: Ed. Marfil.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade de SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- R. Simões, A. C., Rebelo, J. A., Borges, L., Fernandes, J. B., & al, M. G. (1998 (a)). Hiperactividade na comunidade e hiperactividade em meio clínico: semelhanças e diferenças. *Psychologica* , 19, pp. 111-112.
- Ramirez, R. D., & Shapiro, E. S. (2005). Effects of student ethnicity on judgments of ADHD symptoms among hispanic and white teachers. *The Journal of Research and Development in Education* , 27 (3), pp. 195-202.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde* . Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, M. d. (2008). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar - Estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.
- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades* , 6 (21), pp. 9-12.
- Rodrigues, A. N. (2006). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revisadas (1997) no processo de avaliação da PHDA - Parte II - Diferenças entre professores e pais no processo de referenciação e avaliação. *Revista de educação especial e Reabilitação* , 13, pp. 7-20.
- Rodrigues, A. N. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revisadas (1997) no processo de avaliação da PHDA - (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação* , pp. nº2 - vol. 12 - 71-95.
- Rodrigues, A. N. (21 de Outubro de 2007). *Hiperactividade e Défice de Atenção - Compreender e Intervir na Escola e na Família*. Obtido em 21 de Outubro de 2007, de Cadim: <http://www.cadim.net>

- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. (2000). Teacher's knowledge and misperceptions os Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. *Psychology in the Schools* , 32(2), pp. 115-122.
- Simões, M. C. (2007). *Comportamento de Risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sprinthall, N. A., & Sprinthall, R. C. (1993). Medidas e Diferenças Individuais. In N. A. Aprinthal, & R. C. Aprinthal, *Psicologia Educacional* (pp. 393-417). Lisboa: Mcgraw Hill.
- Stevens, T., & Mulsow, M. (2006). There is no Meaningful Relationship Between Television Exposure and Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics-Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. , 117, pp. 665-672.
- Taylor, E., Dopfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Buitelaar, J., & Banaschewsky, T. (2004). European guidelines for Hyperkinetic Disorders - first upgrade. *European Child Adolescent Psychiatry* , 13 (Suppl 1).
- U. Brook, G. G. (2001). Knowledge and attitudes of high school pupils towards peers' attention deficit and learning disabilities. *Patients Edu Couns* , 40 (3), pp. 6-31.
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educativa.
- UNESCO. (1990). Declaração Mundial sobre Educação para Todos - Satisfação das Necessidades Básicas.
- UNESCO. (2001). Educação para Todos: o Compromisso de Dakar. *Forum Mundial de Educação para Todos*. Brasília: Acção Educativa.
- UNESCO. (1996). Educação um Tesouro a Descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Porto: Edições Asa.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2006). Representações Sociais e Psicologia do Conhecimento Quotidiano. In P. Social, *Psicologia Social* (7ª Edição ed., pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vera, A., Ruano, M. Í., & Ramirez, L. P. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del transtorno por deficit de la atencion e hiperactividad. *Colombia Médica* , 38(4), pp. 433-439.
- W. J. Barbaresi, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, V. S., Weaver, A. L., & Weber, K. J. (2002). How Common is Attention-Déficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* , 156, pp. 217-224.
- Wegar, C. S. (2000). Teacher perceptions of incidence and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Education* , 121(2), pp. 412-421.

ANEXOS

ANEXO 1 - Pedido de autorização para realização do projecto de investigação.



Faculdade de Motricidade Humana

Exmo. Senhor Presidente do
do Conselho Executivo do
Agrupamento de Escolas de Carnaxide/Valejas:

Vimos por este meio solicitar a melhor colaboração na realização de um projecto de Mestrado em Educação Especial, sob a orientação da Professora Doutora Ana do Nascimento Rodrigues, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. O projecto adiante exposto, tem como principal objectivo, o estudo de problemas de comportamento no âmbito da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção no 1º ciclo do Ensino Básico e visa a aplicação de um questionário, o que implica a participação dos professores.

RESUMO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:

I – TEMA: O Impacto da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção em Contexto Escolar. Estudo Exploratório em Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico.

II – OBJECTIVO DO ESTUDO:

Sendo a Hiperactividade, enquanto perturbação do comportamento infantil, uma das principais queixas dos professores do Ensino Básico, esta investigação tem como principal objectivo, perceber junto dos professores, quais são as situações do quotidiano escolar que constituem um problema de comportamento para a população em estudo e qual o grau de severidade que lhe atribuem.

III – PERTINÊNCIA DO ESTUDO.

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção é uma das mais estudadas Perturbações da Infância e caracteriza-se entre outras coisas, pela desadaptação que provoca nos diferentes contextos de vida dos sujeitos, sendo o contexto escolar o mais problemático. Em Portugal, as referências aos problemas de comportamentos em sala de aula estão na ordem do dia, todavia, no que se refere à Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção a investigação é muito limitada. Internacionalmente tem-se concentrado nas questões relativas à gestão de comportamentos e da conduta, sobretudo através de medicamentos e prevenção de ocorrências (DuPaul & Stoner, 2007). Face a estas evidências é nosso propósito, clarificar objectivamente através desta investigação, as situações mais problemáticas em contexto escolar para esta população, procurando assim objectivar estratégias de intervenção para professores e alunos com vista ao sucesso académico destes últimos.

IV – METODOLOGIA DO ESTUDO:

Para dar cumprimento ao objectivo atrás exposto, pretende-se a colaboração das Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico do V. Agrupamento, no sentido de permitir a aplicação de um Questionário aos Professores.

V – DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

1ª Fase: PREPARAÇÃO

Proposta às escolas passíveis de se envolverem no projecto

- Reunião com os Serviços Especializados de Apoio Educativo de cada Agrupamento, para apresentação dos objectivos do estudo e levantamento de dados para constituição da amostra.
- Calendarização da data de entrega do questionário aos professores para preenchimento.

2ª Fase: Aplicação do Questionário

- Entrega dos questionários, acompanhados de folha de rosto em formato de consentimento informado e contactos dos responsáveis do estudo.
- Preenchimento dos questionários pelos Professores seleccionados para a amostra.

3ª Fase: Tratamento dos Dados

- Recolha dos questionários junto dos Serviços Especializados de Apoio Educativo para posterior análise de dados.

4ª Fase: ANÁLISE DOS RESULTADOS:

- Tratamento estatístico dos questionários.
- Análise de dados com o objectivo de se conhecerem as percepções dos Professores relativamente aos problemas de comportamento nos dois grupo em estudo e comparação dos mesmos para posterior levantamento de diferenças entre cada grupo.

VI – ENVOLVIMENTO DAS ESCOLAS

- Disponibilização dos professores seleccionados para preenchimento do questionário.
- Facilitação do contacto com as famílias para informação aos pais sobre o projecto de investigação em curso.

VII – ENVOLVIMENTO DA PROPONENTE

- Distribuição e recolha dos questionários.
- Discussão e divulgação dos resultados do trabalho junto dos professores participantes na amostra

Agradecendo toda a atenção dispensada ao assunto,

Cruz Quebrada, 14 de Fevereiro de 2008

(Maria da Graça Fernandes Baptista)

Contactos:

Orientadora: Professora Doutora Ana do Nascimento Rodrigues – Faculdade de Motricidade Humana - Departamento de Educação Especial e Reabilitação – 21 419 67 77 / 21 414 91 48

Mestranda: Maria da Graça Fernandes Baptista – EB1 Sylvia Philips – 21 4185074 / 96 9041 281

ANEXO 2 – Consentimento autorizado para professores participantes.



QUESTIONÁRIO SOBRE SITUAÇÕES ESCOLARES
Adaptado por Graça Baptista e Ana do Nascimento Rodrigues (2008)

Cara (o) Colega:

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração na realização de um projecto de Mestrado em Educação Especial, sob a orientação da Professora Doutora Ana do Nascimento Rodrigues, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, cujo principal objectivo é o estudo dos problemas de comportamento no âmbito da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção no 1º ciclo do Ensino Básico e visa a aplicação de um questionário junto dos professores.

Para o efeito junto se envia, Questionário Sobre Situações Escolares, adaptado do School Situations Questionnaire (Barckley, 1997), e a Escala de Conners para professores – Versão Revista - Forma Reduzida, (Keith Conners, PhD. - 1997), para os quais pedimos a sua colaboração no seu preenchimento.

Cada um dos questionários deve ser preenchido em relação a uma criança com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e a outra sem diagnóstico da referida perturbação, seleccionada na mesma Turma, no mesmo ano de escolaridade e mesmo sexo.

Toda a informação recolhida através dos questionários será confidencial e utilizada apenas para os fins da investigação em curso.

Agradecendo antecipadamente toda a sua colaboração,

Cruz Quebrada, 05 de Maio de 2008

(Maria da Graça Fernandes Baptista)

**Orientadora: Professora Doutora Ana do Nascimento Rodrigues – Faculdade de Motricidade Humana
Departamento de Educação Especial e Reabilitação – 21 419 67 77 / 21 414 91 4**

**Mestranda: Maria da Graça Fernandes Baptista – EB1 Sylvania Philips – 21 4185074 / 96 9041 281 e-mail:
graca.baptista@mail.telepac.pt**

ANEXO 3 – Questionário sobre Situações Escolares (Adaptado do “School Situations Questionnaire” (Barkley, R., 1997),



QUESTIONÁRIO SOBRE SITUAÇÕES ESCOLARES
Adaptado por Graça Baptista e Ana do Nascimento Rodrigues (2008)
POR FAVOR NÃO FOTOCOPIAR

QUESTIONÁRIO SOBRE SITUAÇÕES ESCOLARES
(Adaptado do School Situations Questionnaire, Barkley, R. 1997)

PARTE I – Dados do Professor

1 - Escola: _____		2 - Ano que lecciona: 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/>	
3 - Sexo: Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	4 - Idade: <input type="text"/> <input type="text"/>	
5 – Tempo de Serviço:		5.1 - 0 a 10 anos <input type="checkbox"/>	5.3 – 20 a 30 anos <input type="checkbox"/>
		5.2 - 10 a 20 anos <input type="checkbox"/>	5.4 - + de 30 anos <input type="checkbox"/>
6 – Formação Académica:		6.1 – Magistério Primário <input type="checkbox"/>	6.2 – Licenciatura <input type="checkbox"/>
		6.3 – Especialização <input type="checkbox"/>	6.4 – Mestrado <input type="checkbox"/>
		6.5 – Outra? <input type="checkbox"/>	Qual? _____
7 – Tem, ou teve, crianças com diagnóstico de PHDA na sua sala?			
7.1 – Sim <input type="checkbox"/>		7.2 - Não <input type="checkbox"/>	7.3 – Nº de crianças <input type="text"/> <input type="text"/>
8 – Formação sobre PHDA?			
8.1 - Sim <input type="checkbox"/>		8.2 - Não <input type="checkbox"/>	
9 – Tipo?			
9.1 – Durante o curso <input type="checkbox"/>	9.2 - Curso de Formação <input type="checkbox"/>	9.3 – Seminário/Conferência <input type="checkbox"/>	
9.4 – Pós graduada <input type="checkbox"/>	9.5 – Outra? <input type="checkbox"/>	Qual: _____	

PARTE II – Dados da Criança

1 – Data de Nascimento da criança: 2 - Sexo: Feminino Masculino:

3 – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção: Sim Não

4 – É medicado ? 4.1 – Sim 4.2 – Não 4.3 – Se sim, qual o medicamento? _____

Data de registo: ____/____/____ Professor: _____

PARTE III – Situações Escolares

Instruções:

Situações	Sim	Não	Ligeiro -----Severo								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Quando chega à escola.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Durante trabalho individual de secretária	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Durante actividades de pequeno grupo	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Durante a distribuição/recolha de material à turma.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Durante a realização das Fichas de avaliação	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Durante a correcção dos trabalhos de casa.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Durante actividades orientadas por outro profissional que não o professor da turma	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Durante momentos de actividade livre, dentro da sala.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Quando entra alguém na sala.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Durante a distribuição do lanche.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Quando é chamado ao quadro.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Quando alguém discorda da sua opinião	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Quando tem de aguardar a sua vez	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Na organização do seu espaço/ material	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Quando pede/devolve material emprestado	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Quando questionado sobre a conclusão das tarefas	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Quando repreendido pelo professor	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Durante exposições para a turma.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Durante as actividades de Enriquecimento Curricular	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. No recreio.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. No recreio, em jogos de equipa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9

22. Durante o percurso da sala até ao refeitório	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Ao almoço.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Nos corredores.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Na casa de banho.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Em passeios e/ ou visitas de estudo.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Durante assembleias/ reuniões especiais.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. No autocarro escolar.	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Outra situação. Qual? _____ _____	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO 4 – Escala de Connors para professores – versão revista (forma reduzida).

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES VERSÃO - REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, PhD. -1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana

Nome da Criança:		Sexo		F	M
Data de Nascimento:		Idade:		Ano Escolaridade:	
Nome do professor:			Data de preenchimento:		
Observações			Código:		

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
---------	------------	------------------	-------------------

1	Desatento, distraí-se facilmente (26)	0	1	2	3
2	Comportamento de desafio face ao adulto (1)	0	1	2	3
3	Inquieto, "Tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar) (2)	0	1	2	3
4	Esquece-se de coisas que ele ou ela já aprenderam (3)	0	1	2	3
5	Perturba as outras crianças (35)	0	1	2	3
6	Desafia o adulto e não cola bora com os pedidos que lhe são feitos (19)	0	1	2	3
7	Mexe-se muito como se es tivesse sempre "ligado a um motor" (11)	0	1	2	3
8	Soleta de forma pobre (21)	0	1	2	3
9	Não consegue manter-se sossegado(a) (38)	0	1	2	3
10	Vingativo(a) ou "maldoso(a)" (47)	0	1	2	3
11	Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria ficar sentado(a) (20)	0	1	2	3
12	Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar (44)	0	1	2	3
13	Capacidades de leitura abaixo do esperado (30)	0	1	2	3
14	Tem um tempo curto de atenção (48)	0	1	2	3
15	Argumenta com os adultos (37)	0	1	2	3
16	Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a) (50)	0	1	2	3
17	Tem dificuldade em esperar a sua vez (29)	0	1	2	3
18	Não se interessa pelo trabalho escolar (40)	0	1	2	3
19	Distraído(a) ou apresentando curto tempo de atenção (52)	0	1	2	3
20	Tem um temperamento explosivo e imprevisível (7)	0	1	2	3
21	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados (39)	0	1	2	3
22	Pobre em aritmética (56)	0	1	2	3
23	Interrompe e intrmete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros) (55)	0	1	2	3

24	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada (42)	0	1	2	3
25	Não termina as coisas que começa (17)	0	1	2	3
26	Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido) (57)	0	1	2	3
27	Excitável e impulsivo (8)	0	1	2	3
28	Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço (59)	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração