



Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Pós-graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e  
Motor

**Quais as Atitudes dos Professores do 2º Ciclo do  
Ensino Básico, face a alunos com PHDA?**

Vânia Afonso

2015

Pós-graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e  
Motor

**Quais as Atitudes dos Professores do 2º Ciclo do  
Ensino Básico, face a alunos com PHDA?**

Orientador: Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa

Projeto de Investigação realizado no âmbito da Unidade Curricular  
de Seminário de Projeto – Problemas Cognitivos e Motores

Vânia Afonso

2015

*“Só desperta paixão por aprender quem tem paixão por ensinar.”  
Paulo Freire*

## RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do sistema nervoso central com um quadro sintomático diversificado.

Surge na infância e é caracterizada por significativas dificuldades em manter a atenção, impulsividade e hiperatividade. Tendo em conta a profissionalidade e o desafio que esta perturbação representa no contexto de sala de aula, torna-se pertinente saber intervir nestes alunos, de forma adequada, com recurso a estratégias/práticas educativas e comportamentais diversificadas, para que se possa promover o seu sucesso académico.

Cabe à Escola obter respostas educativas que adequem com sucesso todos os alunos, incluindo os com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Esta investigação tem como principal finalidade verificar as atitudes dos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, face aos alunos com PHDA.

Assim sendo, foi formulado o seguinte problema de investigação:

*Quais as atitudes dos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, face a alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?*

Foram também definidas seis (6) hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – Os professores demonstram conhecimento acerca da PHDA.

Hipótese 2 – *Os professores identificam as características dos alunos com PHDA.*

Hipótese 3 – *Os docentes compreendem que a formação é essencial no auxílio a alunos com PHDA.*

Hipótese 4 – *Os professores compreendem a importância da intervenção/estratégias preventivas para promover uma maior inclusão para as crianças PHDA.*

Hipótese 5 – *Os docentes empregam estratégias de intervenção perante o comportamento do aluno com PHDA na sala de aula.*

Hipótese 6 – *Os docentes utilizam estratégias de intervenção para serem usadas na sala de aula.*

Através deste trabalho, pretendeu-se: saber quais as perceções dos professores do Ensino Básico do 2º Ciclo em relação aos alunos com PHDA; verificar de que forma a presença de alunos com PHDA pode influenciar a sua intervenção pedagógica, contribuindo deste modo para um maior conhecimento e melhor atendimento de alunos com PHDA nas escolas, naquele nível de ensino.

Para que os objetivos suprarreferidos pudessem ser alcançados, recorreu-se a um estudo de natureza quantitativa, com a aplicação de um questionário, como instrumento de recolha de dados, numa amostra de 53 professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, no Agrupamento de Escolas Abade de Baçal, na Escola Básica 2,3 Augusto Moreno.

Os resultados obtidos demonstraram que, maioritariamente, os professores inquiridos revelaram conhecimentos sobre as causas, características da PHDA, bem como acerca das possíveis intervenções no contexto de sala de aula, para se intervir em crianças com PHDA, através da implementação de um conjunto de estratégias e técnicas pedagógicas que permitirão, ter melhores respostas de aprendizagem. Verificou-se que os professores procuram adaptar as estratégias de intervenção, no contexto sala de aula, às características dos alunos, mas que o seu próprio perfil enquanto docentes tem significativa importância naquela escolha e consideram que já na formação inicial é fundamental realizar uma formação específica e que se deverá consolidar uma aprendizagem ao longo de todo ciclo vital do professor.

**Palavras-Chave:** PHDA; Alunos; Intervenção; Estratégias Preventivas; Formação.

# ABSTRACT

The disorder of Hyperactivity with Attention Deficit (ADHD) is a central nervous system disorder with diversified symptoms.

It arises in the childhood and is characterized by a significant difficulty to pay attention, impulsivity and hyperactivity.

Taking into account the proficiency and the challenge that this disorder in the classroom context represents is important to know how to deal with these students adequately, using different educational practices/strategies in order to promote their academic success.

The school should give educational answers that include all students, including students with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit.

A main purpose of this research is to verify the attitudes of teachers who teach 5th and 6th grade elementary students with ADHD.

Therefore, has been formulated the following problem:

What are the attitudes of teachers who teach 5th and 6th grade elementary students with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit?

Were also defined six (6) research hypotheses:

Hypothesis 1-Teachers have knowledge of ADHD.

Hypothesis 2 – Teachers identify the characteristics of students with ADHD.

Hypothesis 3-Teachers understand that learning more about this disorder is necessary to help students with ADHD

Hypothesis 4 - Teachers understand the importance of intervention / prevention strategies to promote greater inclusion for ADHD children.

Hypothesis 5 - Teachers use intervention strategies in view of the student's behavior with ADHD in the classroom.

Hypothesis 6 - Teachers use intervention strategies to be used in the classroom.

With this work a purpose was to understand what the teachers know about students with ADHD;

Check how the presence of students with ADHD can influence their educational intervention, thus contributing in this way to a better understanding and better care of students with ADHD in schools at that level of education.

To the above purpose was made a quantitative study with the application of a questionnaire on a sample of 53 teachers who teach 5th and 6th grade as a data collection instrument in Agrupamento de Escolas Abade de Baçal, na Escola Básica 2,3 Augusto Moreno.

The results showed that, mostly of the teacher's revealed knowledge of the causes, ADHD characteristics, as well as about possible interventions in the classroom context, in children with ADHD, by implementing a set of strategies and pedagogical techniques that will have better learning answers.

In conclusion, it was found that teachers try to find intervention strategies, in classroom context for the student's characteristics, but that his own profile as teachers has significant importance in that choice. They consider also that the initial and a precise training essential is, because a specific training should establish a self-learning throughout the life cycle of the teacher.

**Keywords:** ADHD; students; intervention; Preventive strategies; Formation.

# AGRADECIMENTOS

Numa fase da minha vida em que houve muitas hesitações e que com todo o esforço e empenho foram tomadas as decisões certas, devo com todo o meu carinho e gratidão, à minha mãe e à minha irmã, que tornaram possível este trabalho.

Para todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente, (em especial à Adelaide Salvador, à Andreia Rodrigues e ao Miguel Moura Castro), na construção deste projeto, com quem convivi, de quem recebi estímulos e colaboração, deixo aqui profundo agradecimento, porque foram de extrema importância para que este esforço se tornasse realidade.

Agradeço ao meu pai pelo apoio que sempre demonstrou, pela disponibilidade e paciência.

Ao meu orientador, Professor Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa, pela sua simpatia, ajuda, compreensão, experiência e pelos seus sábios conselhos científicos.

Ao meu avô Francisco, alguém a quem eu lembro noite e dia, a quem eu sempre vou recordar.

Por fim quero agradecer à minha querida avozinha. Que DEUS te abençoe cada dia, por me dares muito amor e carinho. És a luz que ilumina o meu caminho.

# ABREVIATURAS

**DA** – Distúrbio de Aprendizagem

**DC** – Distúrbio de Conduta

**DO** – Distúrbio de Oposição

**DDA** – Distúrbio de Défice de Atenção

**DHDA** - Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção

**DSM** – IV –TR – Manual de Diagnóstico e Estatística IV

**NEE** – Necessidades Educativas Especiais

**Etc.** – *Et caetera* (e assim por diante)

**p.** – página

**PHDA** – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences.

**TDA** – Transtorno de Défice de Atenção

# ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	4
ABSTRACT .....	6
AGRADECIMENTOS .....	8
ABREVIATURAS .....	9
ÍNDICE GERAL.....	10
ÍNDICE DE QUADROS .....	13
ÍNDICE DE TABELAS .....	14
INTRODUÇÃO .....	15
Parte I - Enquadramento Teórico .....	18
1. Atitude Como Padrão de Comportamento.....	19
2. Atitude dos Professores perante a inclusão de alunos hiperativos .....	20
3. Quadro Conceptual sobre PHDA .....	22
4. Evolução do conceito PHDA .....	29
5. Tipos de PHDA.....	35
5.1. PHDA predominante tipo hiperativo-impulsivo .....	35
5.2. PHDA tipo predominantemente desatento .....	36
5.3. PHDA tipo misto .....	36
6. Critérios de Diagnóstico PHDA .....	38
6.1. Critérios de diagnóstico para a PHDA .....	38
6.2. Falta de Atenção .....	39
6.3. Impulsividade.....	40
6.4. Hiperatividade.....	42
7. Principais características das crianças com PHDA .....	45
8. Como identificar uma criança Hiperativa/PHDA? .....	46

9. Causas da PHDA .....	46
9.1. Fatores Neurológicos .....	47
9.2. Fatores Pré e Perinatais .....	47
9.3. Fatores Genéticos/Hereditários .....	48
9.4. Fatores Ambientais e Psicológicas .....	48
9.5. Fatores Socioculturais.....	49
10. Problemas Associados à PHDA .....	50
11. Características da Hiperatividade.....	52
11.1. Perturbação do rendimento escolar .....	52
11.2. Perturbações do comportamento .....	53
11.3. Imaturidade afetiva.....	53
11.4. Perturbações afetivas e comportamentais .....	53
11.5. Integração social .....	54
11.6. Distúrbios na fala .....	54
12. Como lidar com o comportamento de crianças com PHDA.....	55
12.1. Domínio Farmacológico .....	57
12.2. Domínio Comportamental – Cognitivo .....	58
12.3. Tratamento combinado (farmacológico e comportamental – cognitivo) .....	60
12.4. Intervenção em Contexto Escolar/Estratégias .....	61
12.4.1. Modificar o método pedagógico.....	64
12.4.2. Aceitar na medida do possível o seu movimento .....	64
12.4.3. Fixar as regras.....	65
12.4.4. Favorecer a autovigilância.....	65
12.4.5. Recompensas e castigos .....	65
12.4.6. Reduzir a quantidade de trabalho e tempo das crianças.....	66

12.4.7. Estimular a concentração .....	66
12.4.8. Estimular a autoestima .....	67
12.5. Intervenção na PHAD .....	70
13. Algumas Propostas de Atividades com PHDA .....	71
13.1. Quebra-Cabeças.....	71
13.2. Jogo da Memória .....	72
13.3. Jogo de Associação.....	72
13.4. Exercícios de Relaxamento .....	73
13.5. Brinquedos e Livros .....	73
Parte II- Enquadramento Metodológico.....	74
1. Objetivos.....	76
2. Hipóteses.....	77
3. Instrumentos e Procedimentos .....	78
4. Caracterização da amostra.....	79
4.1. Caracterização dos sujeitos da amostra .....	80
5. Apresentação e discussão dos resultados .....	83
5.1. Descrição dos resultados.....	83
6. Discussão dos resultados.....	93
CONCLUSÃO .....	103
BIBLIOGRAFIA .....	106
SITOGRAFIA .....	112
ANEXOS .....	113

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Indicadores de Hiperatividade em momentos evolutivos distintos ..	35
---	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com o sexo .....	80
Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária .....	81
Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com a formação acadêmica .....	81
Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de serviço (em anos) .....	82
Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o contato com alunos NEE e PHDA .....	82
Gráfico 6. Frequência relativa das respostas corretas, incorretas e não sabe nas questões relacionadas com as características dos alunos com PHDA .....	87
Gráfico 7. Opinião dos professores sobre o recurso a outras estratégias de intervenção.....	93
Gráfico 8. Número de respostas corretas no que concerne ao conhecimento da PHDA .....	95
Gráfico 9. Número de respostas corretas acerca das características dos alunos com PHDA .....	97
Gráfico 10. Esquema resumo relativo à organização do espaço de sala de aula .....	99
Gráfico 11. Esquema resumo relativo às estratégias de intervenção perante o comportamento do aluno com PHDA.....	101

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Conhecimento acerca da PHDA .....	84
Tabela 2. Respostas corretas no conhecimento das características dos alunos com PHDA .....	86
Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a importância da formação dos professores.....	88
Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com a organização do espaço de sala aula.....	90
Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com as estratégias de intervenção perante o comportamento inadequado .....	92

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho decorre da investigação realizada no âmbito da Pós-Graduação em Educação Especial e mais especificamente da Unidade Curricular de Seminário de Projeto – Problemas Cognitivos e Motores visa um conhecimento profundo acerca da problemática em estudo.

Assim sendo, a temática escolhida para objeto de estudo é as atitudes dos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, face a alunos com PHDA. Assim, a questão primordial que orientará os procedimentos a realizar durante a pesquisa é: Quais as atitudes dos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, face a alunos com PHDA?

A explanação do tema poderá trazer benefícios para o aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos sobre o desenvolvimento de competências dos alunos com PHDA, bem como para a promoção de uma atitude mais positiva e favorável na forma de intervir com estes alunos.

Muitos professores têm a experiência de ter nas suas aulas crianças de trato difícil, não porque sejam rebeldes, mal-educadas ou agressivas, mas porque demonstram uma evidente dificuldade em cumprir as regras escolares e em manter-se quietas. A agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, são apenas algumas características que as crianças com PHDA apresentam com frequência. O facto de a criança ser erradamente apontada e marginalizada, em vez de compreendida e ajudada, pode levá-la a extremos de desânimo e angústia e a uma diminuta autoestima que pode agravar-se e chegar à depressão. Lamentavelmente muito se fala e pouco se sabe, é muito comum que as pessoas emitam comentários e opiniões, maioritariamente sem base fundamentada acerca da hiperatividade e das crianças hiperativas, pois ainda reside alguma confusão.

A Hiperatividade ou, na sua designação científica atual, o Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção (DHDA) ou Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), é um distúrbio muito controverso e um dos mais estudados.

Nos últimos anos, a sua importância tem sido reconhecida essencialmente no campo educacional. Embora ainda existam muitas dúvidas, é praticamente consensual que o contexto escolar e de sala de aula coloca particulares exigências a estas crianças, uma vez que, não se trata de demonstrar unicamente capacidade de aprendizagem dirigida ao rendimento escolar (embora isso ajude muito), mas também da reprodução de comportamentos sociais adequados, nomeadamente saber aguardar pela sua vez, aprender ou brincar em grupo sem subverter as regras, partilhar espaços e objetos (Lopes, 2003).

As crianças com PHDA podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, dificuldades de relacionamento com os seus pares, devido ao défice de atenção e à impulsividade. Podem revelar pouca persistência e baixa motivação na realização das atividades devido à sua dificuldade em cumprir regras e ordens. Em função dessas situações, por norma, a criança desenvolve uma baixa autoestima e um baixo autoconceito escolar (Polis, 2008).

Apesar de não existirem “receitas”, nem dois alunos com PHDA iguais, os professores têm de recorrer a uma grande variedade de metodologias de intervenção com base nas necessidades e complexidades de cada caso, a fim de promover uma melhoria significativa das competências sociais, desempenho académico, aumento da autoestima e da autoconfiança do aluno e a diminuição de comportamentos disruptivos.

Contudo, esta não será uma tarefa fácil, quando se trabalha com uma heterogeneidade de alunos, o que requer uma grande destreza por parte do professor.

Segundo Rebelo (1999), a intervenção com alunos hiperativos em ambiente escolar, orienta-se pelos princípios psicológicos e pedagógicos, com

o objetivo de modificar comportamentos, para um desenvolvimento da qualidade do ensino e para a adoção de medidas remediativas.

As atitudes são, segundo Sanchez (1988), estruturas básicas da pessoa que permitem que a mesma adote uma determinada postura interpretativa e de realização, perante o mundo. São entendidas, segundo o mesmo autor, como geradoras, mediadoras e, ao mesmo tempo, como finalidades das aprendizagens de ordem superior do homem, nas diversas dimensões de aprendizagem intelectual, social, estética e moral.

O presente trabalho é constituído por duas partes.

Na primeira parte fazemos referência ao enquadramento teórico conceptual de suporte ao tema, hiperatividade, analisamos as atitudes dos professores do 2º Ciclo face à inclusão dos referidos alunos e seguindo com a análise de conceitos, teorias que ajudem a compreender e interpretar a atitude dos professores nas escolas face a estes alunos hiperativos/ PHDA.

Na segunda parte apresentamos os resultados que consistem em verificar, através de um inquérito por questionário, a recolha de dados para a caracterização, descrição e interpretação das atitudes dos professores, neste caso concreto, do 2º Ciclo face a alunos com PHDA e apresentamos ainda a discussão dos resultados obtidos.

Por último, tentamos tecer algumas reflexões fundamentadas, enunciando eventuais conclusões, sobressaindo que não há verdades absolutas nem vitalícias e que o saber, nunca acabado, nem atualizado, se constrói e reconstrói todos os dias um bocadinho.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Atitude Como Padrão de Comportamento

O conceito de atitude é um dos mais antigos e mais estudados em Psicologia Social. Primeiro, o conceito de atitude fazia a ponte entre disposições individuais e ideias socialmente partilhadas, e, depois, as suas formas de avaliação, usando as escalas de atitudes, serviram para dar identidade à Psicologia Social.

Apesar dos vários estudos existentes sobre este conceito, não foi fácil encontrar uma definição consensual para ele. Os autores Eagly e Chaiken (1993) apresentam no livro *The Psychology of Attitudes* um trabalho que sistematiza avasta literatura das atitudes, e procura encontrar uma definição que se ajustasse às diversas perspetivas existentes sobre o tema. Desde então, entende-se que: atitude é uma variável latente explicativa da relação entre a situação, em que as pessoas se encontram e o seu comportamento, que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável (p.459-466).

Segundo Ajzen (1988) a atitude é uma capacidade para responder de forma favorável ou desfavorável a uma pessoa, objeto, instituição ou acontecimento.

No entender de Sanchez (1988) as atitudes são estruturas básicas da pessoa que permitem que esta adquira um determinado comportamento perante o mundo e de acordo com o autor as atitudes na infância são moldadas pelos pais, mas à medida que a criança cresce a influência diminui.

Na verdade, as nossas ações têm sempre um fim e a intencionalidade das ações representa, essencialmente, a projeção das atitudes constituintes das estruturas básicas da pessoa. Segundo Trindade (1996:18)

*“é pelas atitudes, enquanto estruturas básicas da pessoa, que nos relacionamos, em grande medida com o mundo. É através delas que manifestamos reações avaliativas do género “gosto - desgosto”, que o fazemos com intensidades diferentes, do tipo “gosto muito – gosto pouco” e que nos dispomos, ou não, a agir e, portanto, a comportamo-nos, consoante a intensidade das mesmas”.*

Assim, e segundo o mesmo autor, a atitude expressa-se por respostas avaliativas que podem ser de 3 tipos: Cognitivas: as repostas avaliativas cognitivas, estão relacionadas com pensamentos, ideias, opiniões crenças que ligam o objeto de atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável; Afetivas: as respostas avaliativas afetivas referem-se às emoções e sentimentos provocados pelo objeto de atitude; Comportamentais: as respostas avaliativas comportamentais, referem-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar.

Nesta perspetiva surgem as escalas de atitudes, que têm como finalidade medir as atitudes. A escala de Likert (1993), põe de lado os pressupostos psicofísicos, para se basear claramente no modelo psicométrico: é a própria resposta do indivíduo que a localiza diretamente em termos de atitude, e não existe nenhum escalonamento a priori de estímulos. A seleção das frases que compõem, esta escala, é feita pelo investigador procurando frases que manifestem claramente apenas dois tipos de atitude: atitude claramente favorável e uma atitude claramente desfavorável em relação a um mesmo objeto eliminando assim todas as posições neutras e intermédias.

Assim, de acordo com a escala de Likert, é apresentado um conjunto de dimensões de atitudes para os quais os inquiridos têm de indicar o grau de concordância com a afirmação, assinalando uma das posições numa escala de cinco pontos. (Fortin 1999 citado por Vilelas 2009).

## **2. Atitude dos Professores perante a inclusão de alunos hiperativos**

Como já foi dito anteriormente a atitude é uma emoção moderadamente intensa que prepara ou predispõe o indivíduo para responder consistentemente de um modo favorável ou desfavorável.

A inclusão de crianças hiperativas, depende da atitude dos professores perante elas. Rodrigues (2006:299) salienta que “a criança só se pode

considerar integrada quando fizer parte da comunidade da aprendizagem escolar e as suas aprendizagens saírem consolidadas”.

Segundo Mota e Ferreira (1996) a forma como os professores praticam a inclusão dentro da sala de aula pode assumir diferentes formas.

É necessário que o professor promova ambientes de interação construtiva entre crianças com e sem NEE, tendo em vista, a formação pessoal e social dos indivíduos.

Por sua vez Guy Falardeau (1999:179) afirma que:

*” a escuta ativa é um método muito eficaz para ajudar uma criança a exprimir as suas emoções. Consiste, primeiro que tudo, em saber ouvir a criança. Ouvir é estar disponível para a criança quando esta exprime as suas emoções. É aceitar receber as suas confidências sem a julgar e aceitar as suas emoções sejam elas quais forem”.*

Ainda de acordo com Mota e Ferreira (1996) as crianças com NEE entendem que certos comportamentos não são aceitáveis mas apesar de tentarem e de se esforçarem para se comportarem de uma forma adequada, não conseguem manter o controlo durante muito tempo. Isto muitas vezes acarreta uma dose violentíssima de frustrações para elas e, conseqüentemente, para os seus familiares.

No entanto, para os mesmos autores, os professores apresentam uma atitude desfavorável em relação à inclusão de crianças hiperativas, argumentando que são crianças agitadas, agressivas, não cumprem as regras, faladoras, perturbam o funcionamento da aula. Esta atitude vai criar frustrações no aluno e conseqüentemente no professor.

Os autores defendem que o professor deve ter uma atitude positiva, valorizando a mais pequena evolução destas crianças. Para Mota e Ferreira (1996:155), “o ensino positivo é mais uma atitude geral que o professor deve assumir, perante os alunos, o ato de ensinar e perante si mesmo”.

Assim, é muito importante, a atitude que se tem perante uma criança com DHDA (Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção). Pelo que se devem evitar atitudes de punição, que diminuam a autoestima e a incompreensão. Deve-se sim ajudá-la a organizar-se, criando rotinas e reforçando os comportamentos positivos. Deve haver firmeza acompanhada de afetividade. A criança precisa de compreender que a sua atitude foi incorreta e como pode

melhorar. É fundamental que não se esteja constantemente a chamar a atenção para os comportamentos negativos, mas que se reforcem sempre que possível os positivos.

Então, atitude do professor perante estas crianças deverá ser sempre a de valorizar os sucessos e minimizar os insucessos. Aquilo que outras crianças realizam com uma simples chamada de atenção ou uma simples advertência, poderá com estas crianças obrigar a múltiplas e aparentemente nunca acabadas intervenções.

Importa salientar que deve haver sempre uma conjugação de esforços para ajudar as crianças, pelo que, as atitudes da família e da escola devem ser complementares. A criança tem necessidade de compreender o que se passa com ela e de se ajudar a si própria participando na intervenção proposta.

Segundo Lopes (2003), não é simples explicar a pais e professores como é que uma criança aparentemente normal erra tão repetidamente sem ser de forma “voluntária”. A vontade do sujeito é quase sempre subjugada pela incapacidade constitucional de inibir comportamentos inadequados, pelo que o problema é muito mais de “não poder” do que propriamente de “não querer”.

### 3. Quadro Conceptual sobre PHDA

*“«Hiper» vem do grego e significa «além», «excesso».*

*«Atividade» deriva de um radical latino, que exprime tanto a ideia de movimento como a de Ação exterior, pôr em movimento, ser ativo.*

*«Hiperativo» significa, portanto, impulso excessivo de atividade.”* (C. Schweizer e J. Prekop, 1997)

*“O Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção é não só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância. (Shaywitz & Shaywitz, 1992)”* citado por Cruz (2009)

Hiperativo significa impulso excessivo de atividade. Facilmente é confundido com o termo Hipercinético, os dois pressupõe movimento, e, por isso, são facilmente substituíveis entre si. Hiper + Atividade = Hiperatividade. O dicionário de Psicologia define hiperatividade como sendo um

*“Estado de atividade constante e de instabilidade comportamental, acompanhado de dificuldades de atenção, observado, sobretudo, em crianças ou em casos de ansiedade. Tal síndrome foi, especialmente estudado em crianças, em particular por Joreme Kagan, que deu uma descrição pormenorizada dela. A criança hiperativa raramente consegue empenhar-se inteiramente numa tarefa, estando em simultâneo ali e alhures com a atenção dispersa; as atitudes de espera provocam-lhe reações emocionais fortes (pateados, gritos) ou stress. A sua submissão a ordens ou coações é limitada; causa de dificuldades na vida escolar, em trabalho de grupo e jogos coletivos, a hiperatividade pode provocar exclusão. As correlações entre hiperatividade e nível intelectual – pensou-se por vezes que se encontram mais amiúde crianças hiperativas entre as crianças chamadas «sobredotadas» - são insuficientes para validar a hipótese de uma relação causal. Agitação” (Dicionário Português de Psicologia, 2008)*

De acordo com o DSM IV (1994) da Associação Americana de Psiquiatria, a DDAH Caracteriza-se por um “padrão persistente de falta de atenção e/ ou impulsividade – hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento”. Uma criança com PHDA manifesta, na sua atividade diária, padrões comportamentais em que a atividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no seu lugar, que se mexem ou baloçam continuamente, que mantêm um relacionamento difícil com os colegas, intrometendo-se nas suas brincadeiras, que não prestam atenção, que se precipitam nas respostas... estas ações são muitas vezes confundidas com maus comportamentos ou com indisciplina.

Uma criança com PHDA manifesta sinais de desenvolvimento inadequado, em relação à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, da impulsividade e da atividade motora.

A Associação Americana de Psiquiatria distingue três subtipos de PHDA, de acordo com o predomínio dos sintomas da falta de atenção e da hiperatividade – impulsividade: PHDA do tipo predominante desatento; PHDA do tipo predominante hiperativo – impulsivo e PHDA do tipo misto.

Este último é o mais frequentemente diagnosticado e combina a hiperatividade com a impulsividade e a falta de atenção. Mas as dúvidas em relação ao conceito permanecem. Para alguns especialistas, trata-se de um síndrome (conjunto de sintomas característico de uma determinada enfermidade) que tem, provavelmente, uma origem biológica, ligada a

alterações no cérebro, causadas por fatores hereditários ou resultantes de uma lesão. Mas, desde sempre, as crianças foram descritas como sendo inquietas, caóticas, impulsivas, com coordenação motora deficiente (descoordenada) e com problemas de aprendizagem. Taylor (1991), citado por García (1999), assinala que a hiperatividade (atividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade) constitui um traço característico do indivíduo, que se pode verificar em inúmeras circunstâncias do dia-a-dia da criança.

Existe um grande número de crianças portadoras de PHDA, sendo esta perturbação mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, cerca de 80% a 90% dos casos diagnosticados são crianças do sexo masculino. Normalmente, a situação torna-se mais preocupante em idade escolar, uma vez que a sua perturbação pode comprometer o desempenho escolar.

A hiperatividade ou, na designação científica Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), “não é só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância e adolescência” (Lopes, 2004:15).

As crianças que hoje são diagnosticadas com comportamentos de PHDA eram antes vistas como “mal-educadas”, “que se portavam mal porque queriam”, “sempre com a cabeça na lua” ou “com mau feitio”. Muitas vezes, “os pais destas crianças costumam descrevê-las como falando de mais, não sendo capazes de estar quietas, parecendo ter bichos-carpinteiros, e os professores referenciam-nas como estando constantemente fora do lugar sem autorização, respondendo fora da sua vez, fazendo barulhos inapropriados” (Lopes, 2004:71).

Contudo, de há uns anos a esta parte, a comunidade científica aceitou a existência de um distúrbio que se inicia na infância e acompanha o indivíduo por toda a sua vida, causando-lhe grandes danos psíquicos, sendo que, e de acordo com Lopes (2004: 72), “por vezes estas crianças têm desempenhos inferiores às crianças normais” e experienciam dificuldades significativas no que concerne ao relacionamento interpessoal.

De facto, tanto Rief (2001) como a maior parte dos especialistas neste campo considera que as desordens por défice de atenção são desordens

neurobiológicas caracterizadas, em termos desenvolvimentais, por níveis anormais de desatenção, impulsividade e hiperatividade.

A PHDA é frequentemente descrita pela comunidade médica/científica como uma “perturbação neuro comportamental” ou “ineficácia neurológica” (Rief, 2001) na área do cérebro que controla os impulsos, avalia os estímulos sensoriais e foca a atenção. Segundo os investigadores, descobriu-se que há um menor grau de atividade nessa área do cérebro.

A hiperatividade, no entender de Vasquez (1997), é um estado de mobilidade quase permanente desde as primeiras idades, manifestando-se em todas as áreas. Não se trata exclusivamente de uma hiperatividade motora; mas pode estar associada a hiperatividade verbal e acontece aparecerem perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade. A falta de atenção é outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome, bem como a irritabilidade e impulsividade.

Para (Garcia, 1999:16)

*“as crianças com PHDA caracterizam-se por serem inquietas, distraídas e impulsivas, costumam ter problemas relacionais com colegas e amigos, mostram-se impacientes, mudam constantemente de atividade, são desobedientes, e iniciam com frequência brigas ou discussões com os irmãos. Para além disso, sofrem acidentes ou quedas devido à escassa consciência do perigo revelada pelos seus comportamentos, e manifestam dificuldades de aprendizagem”.*

Nesta ordem de ideias encontra-se Lopes (2003), dizendo que a agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc. ... são apenas algumas características atribuídas a crianças com PHDA.

Assim, podemos dizer que os autores estão de acordo quanto à caracterização de uma criança com PHDA. Do mesmo modo que Lopes, (2003), é consensual que o contexto escolar e de sala de aula coloca particulares exigências a estas crianças, não só pelas competências académicas que deverão exhibir, como pelas pesadas e incontornáveis competências sociais de que se espera que qualquer aluno dê provas.

Nesta ordem de ideias, a criança necessita adquirir determinadas noções de comportamento tais como permanecer sentado, prestar atenção, levantar as mãos antes de falar... que são muito importantes para o sucesso pessoal como para as próprias aprendizagens académicas, visto tratar-se de comportamentos sociais muito importantes.

Estas atitudes perante a aprendizagem podem aprender-se; por isso, deve-se levar a criança a adquiri-las o quanto antes.

Segundo Rief (2000), a PHDA é geralmente vista como uma desordem biológica caracterizada por um desequilíbrio químico, ou uma deficiência em certos químicos, chamados neurotransmissores, na área do cérebro responsável pela atenção e pela atividade, bem como pela capacidade de inibir ou controlar comportamentos.

Esta perturbação pode manifestar-se muito precocemente, causando, em regra, mais problemas na escola, contexto em que o controlo da atenção e da atividade são de extrema importância para a aprendizagem académica e a integração social e educativa das crianças (Parker, 2003).

Uma boa parte dos estudos que encontramos sobre hiperatividade limita-se a descrever o distúrbio. Encontram-se também definições, mas estas não parecem manter-se por muito tempo. Assim, podemos dizer que ainda não há uma definição “acabada” sobre hiperatividade, apontando-se como razão principal a complexidade do síndrome e o desacordo existente quanto à sua etiologia e aos problemas específicos que lhe são atribuídos.

A PHDA apresenta características e sintomas muito semelhantes com outro tipo de problemas e, por vezes, podem-se confundir. Por essa razão, o diagnóstico a este distúrbio torna-se bastante complicado de realizar. O diagnóstico diferencial faz com que os intervenientes neste processo excluam as probabilidades de ser outros problemas que se assemelham com a PHDA e cheguem com fidelidade ao problema existente. Segundo Lopes (1998) e Parker (2003), é indispensável para realizar diagnósticos diferenciais válidos, ter conhecimento dos problemas ou distúrbios de desenvolvimento que com maior probabilidade coexistem ou se assemelhem com esta síndrome. Os problemas com características mais semelhantes à hiperatividade são: o

Distúrbio de Oposição (DO), o Distúrbio de Conduta (DC) e as Dificuldades de Aprendizagem (DA). Assim deverão ser tidos em conta os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR (2002) para o DO, DC e DA, o que permite, assim, comparar-se com os da PHDA e compreender mais facilmente quais são as suas semelhanças e diferenças.

Barkley (1981, citado por Lopes, 2004, p.102) apresenta a definição mais completa e rigorosa que pudemos encontrar:

*“A PHDA é um distúrbio de desenvolvimento do comportamento de: duração da atenção própria da idade, controlo dos impulsos e de comportamento regido por normas (obediência, autocontrolo e resolução de problemas) que surge cedo no desenvolvimento, na segunda ou primeira infância (antes dos 6 anos de idade), é significativamente crónico e subtil de natureza e não é atribuível a deficiência mental, surdez, cegueira, lesão neurológica grande ou a distúrbio emocional grave”.*

Thompson Prout e Richard Ingram (1982, cit. por Lopes, 1998) limitam-se a referir que a hiperatividade diz respeito ao comportamento por excesso (nível de atividade) e comportamento por defeito (duração da atenção).

Ross e Ross (1982, cit. por Lopes, 1998) definem a PHDA como um conjunto distúrbios de comportamento heterogéneos, cujo problema principal é o elevado nível de atividade em ocasiões inapropriadas, não podendo ela ser inibida sob comando. Os distúrbios variam de leves a graves e manifestam-se em todos ou só em alguns dos seguintes comportamentos: hiperatividade, curta duração de atenção, facilidade de distração, impulsividade, labilidade emocional, pouca tolerância de frustrações, agressividade, atitude destrutiva, resultados escolares fracos e relações pouco boas com os colegas.

Assim, a PHDA é uma perturbação concebida como um estado de mobilidade quase permanente, desde as primeiras idades, manifestando-se em todos os campos. Não se trata exclusivamente de uma hiperatividade motora, pode estar associada à hiperatividade verbal e acontece aparecerem perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade. A falta de atenção é outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome, bem como a irritabilidade e impulsividade. Assinala também comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental que, alguns autores, descrevem com

o nome de “desobediência patológica”, entendida como incompreensão de ordens, repetição do erro e incompreensão perante o castigo (Lopes, 2004).

Segundo Bautista (1997), podemos apontar como características fundamentais, as seguintes: A nível comportamental a Hiperatividade é entendida como movimento corporal constante, é a perturbação mais evidente. Esta mobilidade é permanente e manifestada pela criança desde muito cedo. Em consequência, pode apresentar: hiperatividade verbal (falar muito, mas sem conseguir manter o fio do discurso); destruição; agressividade. O Défice de Atenção e Controlo é outra das características fundamentais da síndrome. Segundo Wender (1989, citado por Bautista, 1997), parece que a criança se vê forçada a reagir perante estímulos, mostrando-se atraída por pormenores irrelevantes e, por falta de capacidade para os organizar hierarquicamente, tem a mesma reação perante o essencial do que perante o acessório. Paradoxalmente, a criança pode apresentar perseverança, ou seja, incapacidade para desviar a atenção de algo irrelevante, persistindo em atividades verbais, motoras ou visuais. Quanto à Impulsividade, a criança hiperativa atua sem medir as consequências dos seus atos; dá a impressão que não pode inibir os seus impulsos.

A nível emocional a Irritabilidade, dado que a criança tem pouco controlo sobre os seus comportamentos, torna-se imprevisível, gerando situações de tensão e consequentes birras, ou ataques fingidos, devido à sua escassa tolerância à frustração e a Labilidade afetiva, a criança apresenta, neste caso, uma deficiente autoestima e dificuldade para se relacionar com os colegas.

A nível escolar as dificuldades de aprendizagem, que podem ser a consequência lógica das características anteriormente mencionadas. Estas dificuldades manifestam-se fundamentalmente na área percetivo-cognitiva, aritmética, leitura/escrita e memória.

## 4. Evolução do conceito PHDA

A hiperatividade, apesar de não ser muito divulgada, não é recente. Durante todo o século XX fez-se investigação e estudo para uma melhor compreensão desta síndrome.

Segundo Barkley (2002), as primeiras referências relativas à hiperatividade, designada como DHDA, remontam a 1800.

De acordo com Bender (1942, citado por Lopes, 2004), essas descrições faziam referência à agitação, impulsividade, dificuldades na concentração e atividade motora excessiva em crianças mentalmente atrasadas ou com problemas neurológicos graves.

Estes sintomas eram atribuídos a traumas neurológicos específicos, como lesões cerebrais ou doenças como infeção do sistema nervoso central.

Durante as décadas de 30 e 40, os investigadores pensavam que desde que as modificações do comportamento fossem acompanhadas de doença ou trauma neurológico conhecido, qualquer criança que exibisse o conjunto dos sintomas de comportamento referenciados devia também ter algum problema neurológico (Strauss e Lehtinen, 1947; Werner e Strauss, 1941, citados por Barkley, 2002).

Este argumento ganhou gradualmente aceitação. Tornou-se comum assumir que a criança que revelava hiperatividade sofria de lesão cerebral moderada e difusa ou de anomalias neurológicas, mesmo na ausência de evidência neurológica. Nas décadas de 60 e 70, o conjunto de sintomas de comportamento era muitas vezes designado por disfunção cerebral mínima (Clements e Peters, 1962, citados por Barkley, 2002).

Apesar da ampla aceitação de uma base neurológica da hiperatividade, não existiam provas consistentes para apoiar a conclusão de que esta era a consequência de uma lesão estrutural ou de anomalias no sistema nervoso central. Rutter (1983, citado por Lopes, 2004) defendeu que muitos dos argumentos relativos ao síndrome de disfunção cerebral mínima eram baseados num raciocínio circular e a hipotética base neurológica da hiperatividade nunca tinha sido demonstrada por evidência empírica.

Para o mesmo autor, apenas uma minoria (menos de 5%) das crianças hiperativas apresentava uma lesão cerebral estrutural; a maioria das crianças que sofria de doenças neurológicas ou lesões cerebrais não desenvolviam comportamentos hiperativos. Ao mesmo tempo as anomalias neurológicas difusas e médias podiam estar associadas a uma variedade de dificuldades emocionais, de aprendizagem e de comportamento.

Shaffer (1985, citado por Lopes, 2004) descobriu que os sinais neurológicos menores estavam mais associados com as perturbações da ansiedade do que do que com a hiperatividade na adolescência.

A conclusão a retirar destes estudos é a de que a validade de uma síndrome de disfunção cerebral mínima específica caracterizada por problemas de comportamento, como os hiperativos, nunca foi demonstrada.

No início da década de 60, as crianças com este conjunto de comportamentos, que exibissem principalmente problemas de aprendizagem, eram designadas crianças com dificuldades específicas de aprendizagem (Kirk e Bateman, 1962, citados por Lopes, 2004). Ao mesmo tempo, as crianças que revelassem principalmente perturbações da conduta e do comportamento eram designadas hiperativas.

À medida que a insatisfação com a expressão de disfunção cerebral mínima aumentava, surgiu o conceito de “Síndrome hiperativo da criança”, descrito nos trabalhos clássicos de Laufer e Denhoff (1960, citado por Lopes, 2004).

Chess (1960, citado por Barkley, 2002:105) definiu hiperatividade do seguinte modo: *“A criança hiperativa é aquela que executa as atividades a um ritmo de velocidade mais elevado do que a criança normal, ou que está constantemente em movimento, ou ambas as coisas.”*

Segundo Barkley (2002), a comunicação de Chess foi historicamente significativa por várias razões: enfatizou a atividade da criança como a característica determinante da perturbação; sublinhou a necessidade de considerar os dados objetivos dos sintomas para além das referências subjetivas dos pais ou dos professores; separou o conceito de uma síndrome

de hiperatividade do conceito de uma síndrome de lesão cerebral e retirou aos pais a “culpabilidade” pelos problemas dos filhos (Barkley, 2002).

Foi então reconhecido que a hiperatividade era uma síndrome comportamental que podia ter origem numa patologia orgânica, mas podia também ocorrer na sua ausência. Mesmo assim, a hiperatividade continuou a ser vista como a consequência de algum problema biológico mais do que o resultado de causas exclusivamente ambientais (Barkley, 2002).

Chess descreveu as características de 36 crianças, diagnosticadas como apresentando “hiperatividade fisiológica”, de um total de 881 crianças observadas na clínica privada. O ratio do sexo masculino em relação ao feminino era de 4:1 e muitas crianças foram mencionadas com menos de 6 anos, apontando, assim, para uma idade relativamente mais precoce do que outras perturbações do comportamento da infância.

Dificuldades educativas eram comuns neste grupo, particularmente o baixo rendimento escolar, além de comportamentos de oposição, provocação e fracas relações de camaradagem. Comportamento agressivo, impulsivo e atenção reduzida eram características habitualmente associadas (Barkley, 2002).

Chess acreditava que a hiperatividade podia também estar associada com atraso mental, lesão cerebral orgânica, ou doença mental grave, como esquizofrenia.

No início dos anos 70, desenvolveu-se um desencanto com a incidência exclusiva sobre a hiperatividade como a condição *sine qua non* desta perturbação (Werry e Sprague, 1970, citados por Lopes, 2004).

O contributo de Virgínia Douglas (1972, citada por Barkley, 2002) foi significativo, pois veio a demonstrar que os défices em manter a atenção e o controlo do impulso eram mais responsáveis pelas dificuldades observadas nestas crianças do que a hiperatividade.

Douglas verificou o extremo grau de variabilidade, demonstrado, durante a performance da tarefa levada a cabo por estas crianças, uma característica que foi mais tarde avançada como determinante da perturbação.

Douglas descreveu quatro possíveis défices como responsáveis pelos sintomas de PHDA, dos quais défices no investimento, organização e manutenção da atenção e esforço; défices no investimento, organização e manutenção da atenção e esforço; incapacidade em regular os níveis de atividade para fazer face às situações e predisposição inabitual para procurar reforço imediato.

Estes défices principais interagem com défices secundários, como motivação fraca e dificuldades metacognitivas, contribuindo para um rendimento escolar fraco nas crianças hiperativas, normalmente inteligentes.

A comunicação de Douglas foi tão influente que esteve na origem da perturbação ser redefinida como Perturbação com Défice de Atenção, em 1980, com a publicação do DSM-III. Nesta revisão, os défices na manutenção da atenção e no controle do impulso eram agora formalmente reconhecidos como de maior significado no diagnóstico relativamente à hiperatividade.

Segundo Rutter (1989, citado por Lopes, 2004) o deslocamento da hiperatividade para os défices de atenção como principal dificuldade destas crianças foi útil, visto que a hiperatividade não era específica a esta perturbação e podia ser observada em outras perturbações psiquiátricas, como por exemplo, ansiedade, mania, autismo; não existia uma fronteira clara entre os níveis de atividade normal e anormal; a atividade era de facto um constructo multidimensional e os sintomas de hiperatividade eram bastantes situacionais quanto à natureza em muitas crianças.

Por outro lado, a investigação mostrou que os défices na vigilância ou na manutenção da atenção podiam ser usados para discriminar esta perturbação de outras perturbações psiquiátricas. A década de 80 notabilizou-se pela ênfase nos esforços em desenvolver critérios de diagnósticos mais específicos.

O início deste período foi marcado pela publicação do DSM-III, pela Associação de Psiquiatria Americana (1980), e a sua reconceptualização radical da perturbação em relação ao DSM-II, que incluía a categoria de “Reação Hiperkinética da Infância”. A década de 90, foi caracterizada pela publicação do ICD-10 (World Health Organization, 1990) e pelo DSM-IV-TR (2002).

A definição clínica de DHDA mais recente encontra-se no novo DMS-IV-TR (2002), segundo a qual, o DHDA, igualmente denominado Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), entre outras nomenclaturas, é um dos problemas de desenvolvimento da infância e da adolescência sobre o qual se têm debruçado diversos estudiosos, uma vez que este é o transtorno com maior impacto por um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos por impulsividade e/ou hiperatividade.

Durante muito tempo julgou-se a hiperatividade como a característica principal da PHDA, hoje em dia sabe-se que não é bem assim, existindo, segundo o DSM-IV TR (2002), três tipos: Tipo Predominantemente Desatento: predominância de sintomas de desatenção; Tipo Predominantemente Hiperativo - Impulsivo: onde existe um maior número de sintomas de hiperatividade – impulsividade e Tipo Combinado: existindo uma combinação entre sintomas de hiperatividade – impulsividade e desatenção.

Segundo Barkley (2002), a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobre atividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica, e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores, atraso mental ou perturbação emocional grave.

A hiperatividade constitui um dos problemas mais comuns na infância. Os dados sobre a sua incidência nas crianças em idade escolar variam segundo o autor ou os trabalhos consultados.

Mas, segundo estudos publicados no sítio da internet, denominado *abc da saúde*, estima-se que 3% a 5% das crianças escolarizadas são hiperativas. A incidência real do distúrbio é difícil de conhecer, porque na sua estimativa influem vários fatores: conceito e definição de hiperatividade admitido pelos especialistas; critérios diagnósticos utilizados; fonte de informação consultada (pais, docentes, médicos...).

Quando se estuda a forma como as crianças hiperativas evoluem nos primeiros anos de escolaridade, tem-se em conta duas questões: prestam atenção, por um lado, às condutas hiperativas detetadas na primeira infância e,

por outro, aos problemas psicológicos, que aparecem em idades mais avançadas, associados à hiperatividade, especialmente às condutas anti-sociais e ao insucesso escolar.

Coincidindo com o começo da escolarização, o progresso evolutivo traduz-se numa redução geral do nível de atividade e numa diminuição da reatividade inicial aos estímulos externos, assim como na aquisição, por parte da criança, de competências para resolver problemas imediatos, de um modo intencional e de hábitos de conduta que lhes possibilitam a sua relação com os outros. Todavia, isto não ocorre igualmente com todas, pois algumas encontram dificuldades quando é necessário fazer exigências sociais e escolares que requerem um maior controlo do seu comportamento e a manutenção da atenção. Em determinados casos, estes problemas resolvem-se com a ajuda de profissionais e o apoio dos pais e professores; noutros mantêm-se e chegam, até, a complicar com o passar dos anos.

*“As condutas e as manifestações hiperativas mudam com a idade. As crianças hiperativas na idade pré – escolar caracterizam-se por apresentar uma atividade motora excessiva, enquanto os adolescentes são impacientes, não cumprem as normas e as obrigações sociais e familiares, e costumam ter problemas de rendimento académico.” (García, 1999).*

**Quadro 1. Indicadores de Hiperatividade em momentos evolutivos distintos**

0 – 2 Anos	2 – 3 Anos	4 – 5 Anos	A partir dos 6 Anos
Descargas ou contrações musculares durante o sono.	Imaturidade da linguagem expressiva.	Problemas de adaptação social.	Impulsividade.
Problemas no ritmo do sono e durante a alimentação.	Atividade motora excessiva.	Desobediência social.	Défice de atenção.
Períodos curtos de sono e despertar sobressaltado.	Escassa consciência do perigo.	Dificuldades em seguir normas.	Insucesso escolar.
Resistência aos cuidados habituais.	Propensão para sofrer numerosos acidentes.		Comportamentos anti-sociais.
Reatividade elevada aos estímulos auditivos.			Problemas de adaptação social.
Irritabilidade.			

Fonte: Gutiérrez – Moyano e Becoña (1989) citado por Garcia (1999).

## 5. Tipos de PHDA

### 5.1. PHDA predominante tipo hiperativo-impulsivo

As características gerais comuns são a falta de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. No entanto, segundo Lopes (2003), há casos em que uma destas características se acentua, então podemos ter subtipos de hiperatividade:

Este subtipo é diagnosticado se persistirem durante 6 meses, pelo menos, 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos que 6 sintomas de falta de atenção).

Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa.

Para que o diagnóstico seja estabelecido, não é necessário que a criança apresente os sintomas em todas as suas atividades. Na maior parte dos casos é na escola, durante os exercícios escolares, que a criança mostrará o maior número de sintomas. Desta forma, é imprescindível uma avaliação em ambiente escolar. (DSM-IV- TR, 2002)

É caracterizado por inquietação e constante movimento (muitas vezes em alturas impróprias), incapacidade em sentar-se quieto, falar incessantemente ou fazer ruído excessivo.

## **5.2. PHDA tipo predominantemente desatento**

Este subtipo é diagnosticado se persistirem durante 6 meses, 6 sintomas de falta de atenção (ou mais), mas menos que 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade.

A hiperatividade pode ainda ser uma característica clínica significativa em muito destes casos, enquanto em outros casos são simples faltas de atenção. (DSM-IV- TR, 2002)

É caracterizado pela dificuldade em prestar atenção na sala de aula e nas brincadeiras, incapacidade de organizar atividades, tarefas simples e esquecimento.

## **5.3. PHDA tipo misto**

Este subtipo é diagnosticado se persistirem, pelo menos, durante 6 meses, 6 sintomas de falta de atenção e 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade.

Grande parte das crianças com PHDA está incluída neste tipo. Muitas crianças e adolescentes com a perturbação estão incluídos no Tipo Misto, existindo uma combinação entre sintomas de hiperatividade – impulsividade e desatenção. Não se sabe se o mesmo é verdade para adultos com a perturbação. (DSM-IV- TR, 2002)

Segundo Barkley (1990, cit. por Lopes, 1998), o número de critérios necessários ao diagnóstico depende da idade da criança. Como os sintomas da hiperatividade se atenuam com o passar dos anos, o autor propõe que em crianças até aos seis anos se aumente para dez os critérios que devem estar presentes; em crianças dos seis aos doze anos se registem, no mínimo, oito critérios; em crianças com mais de doze anos seriam, então, os seis critérios. É de referir que os critérios previstos eram apenas catorze e para se diagnosticar hiperatividade teriam de se verificar oito desses critérios nas crianças. Ainda Barkley (1990, cit. por Lopes, 1998) sugere que a idade mínima para o início dos sintomas seja até aos seis anos e que a duração mínima dos sintomas seja de pelo menos 12 meses.

Já que os sintomas da PHDA não são manifestados perante todas as pessoas da mesma forma, o mesmo acontece perante os médicos e psicólogos, também porque o tempo que passam no consultório é escasso. Por vezes, durante os primeiros anos da criança é difícil diferenciar e diagnosticar se estamos perante sintomas de PHDA ou comportamentos de crianças ativas. Torna-se também difícil diferenciar comportamentos de crianças oriundas de famílias problemáticas.

Além dos questionários realizados aos pais e professores destas crianças, Lopes (2004) refere, também, que se deve usar a entrevista à criança, aos seus pais e aos seus professores. Esta entrevista deve ser realizada por alguém com formação nesta área (psicólogos, médicos). Caso seja necessário devem-se realizar exames médicos. Ainda é imprescindível que se realize observação direta do comportamento da criança em vários contextos da sua vida. Só depois de se ultrapassarem estas etapas é que se deve tirar as possíveis conclusões. Por si só, nenhum destes instrumentos servirá de medida da PHDA, mas em conjunto serão decisivos para apresentar um diagnóstico real.

É caracterizado tanto pela falta de atenção, como pela hiperatividade. Habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais, esquecem-se dos compromissos marcados e até de levar o

lanche para a escola. Todas as tarefas que exigem algum esforço mental continuado são vistas como desagradáveis, enfadonhas e repugnantes.

## **6. Critérios de Diagnóstico PHDA**

### **6.1. Critérios de diagnóstico para a PHDA**

Sabe-se que a Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção ocorre em várias culturas, com variações na sua prevalência nos diferentes países ocidentais, provavelmente devido a práticas de diagnóstico diferentes e não devido a diferenças na apresentação clínica do quadro.

Tal como está descrito em Lopes (2003) é especialmente difícil estabelecer este diagnóstico em crianças de idade inferior a 4 ou 5 anos, porque o seu comportamento característico é muito mais variável do que nas crianças mais velhas e pode incluir características que são semelhantes aos sintomas de PHDA. Além disso, certos sintomas de falta de atenção em crianças que começam a andar ou em crianças em idade pré-escolar não podem observar-se com facilidade, dado que estas crianças são sujeitas poucas vezes a exigências para se manterem atentas. No entanto, pode em certas situações manter-se com persistência a atenção das crianças mais jovens (por exemplo, em regra as crianças de dois anos ou três anos podem sentar-se com os adultos a ver livros com desenhos). Pelo contrário, as crianças com PHDA mexem-se constantemente e é difícil mantê-las sossegadas e controladas. No caso de uma criança pequena, para assegurar a obtenção de um quadro clínico completo é útil investigar a variedade de comportamentos.

Nas crianças em idade escolar com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, demonstrou-se a existência de um défice marcado, afetando as tarefas e rendimento escolar. (DSM- IV- TR, 2002)

Os indivíduos que apresentam PHDA constituem um grupo heterogéneo em que nem todos os traços e sintomas que se descrevem como característicos deste distúrbio estão presentes em todos os casos e de forma

permanente. Poderão apresentar-se em diferentes tipos e poderão depender também do género dado que, em idade escolar, os meninos apresentam uma maior predisposição para a hiperatividade, impulsividade e falta de atenção do que as meninas. Sem dúvida que ser desatento, ativo e um pouco impulsivo é normal na infância refletindo provavelmente o amadurecimento progressivo da inibição e da autorregulação (Barkley, 2008). Apenas a presença dos sintomas da hiperatividade não significa que a criança tenha este transtorno.

O DSM-IV-TR apresenta os principais sintomas caracterizadores deste transtorno, sendo eles a falta de atenção, a impulsividade e a hiperatividade.

## **6.2. Falta de Atenção**

As crianças com PHDA apresentam maiores níveis de falta de atenção relativamente a outras crianças da mesma idade. Este sintoma reveste-se de cariz multidisciplinar despoletando problemas relacionados com a atenção, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção e o nível de apreensão, entre outros (Hale & Lewis, 1979, cit. por Lopes, 2004).

Vários autores (García, 2001; APA, 2002) denotam que há uma maior distração principalmente quando o nível de complexidade é elevado e exige a utilização de conceitos abstratos, sobressaindo desta forma, a falta de persistência na realização de atividades que requerem a intervenção de processos cognitivos. *Barkley* (2008:89), refere a existência de estudos com observações diretas do comportamento infantil que mostram o registo do “comportamento alheio às tarefas ou de desatenção ao trabalho com muita frequência em crianças e adolescentes com THDA do que em indivíduos que têm dificuldades de aprendizagem ou não apresentam nenhuma forma de deficiência”. Na escola é incapaz de se concentrar numa tarefa com um determinado período de tempo, saltando por isso com frequência de uma tarefa para a outra sem concluir nenhuma. Poderá também ter tendência a centrar a sua atenção em aspetos menos relevantes da informação que lhe é apresentada (Polaino-Lorente & Ávila, 2004:12). Por esse motivo, as queixas dadas pelos professores relacionam-se em grande parte com os aspetos relacionados com a dificuldade da concentração e atenção.

Atendendo a alguns estudos realizados, *Barkley* (2008) menciona que estas crianças, dado à sua fácil distração, têm um nível de alerta cerebral diminuído e por isso necessitam de mais estímulos para manter o cérebro em funcionamento em níveis normais quando comparadas com as crianças com um nível semelhante de desenvolvimento. Apesar da causa do desinteresse ainda não estar clara, está confirmado que estas crianças necessitam de estímulos adicionais para manterem a sua atenção (*Phelan*, 2005). Estes estímulos terão que ser inovadores, estimulantes e divertidos para possibilitarem o aumento das capacidades da criança com PHDA (*Falardeau*, 1997).

Segundo *Grisham e Molinelli*, (2005; cit. por *Sosin & Sosin*, 2006:25), “as estratégias modernas realçam a aprendizagem cooperativa (ou em grupo) e o ensino interativo com uma boa dose de participação do aluno. Estas técnicas ajudam todos os jovens a manterem-se atentos, sendo especialmente dirigidas para crianças com PHDA.”

O professor terá que ser um profissional multifacetado nos papéis e conhecedor de estratégias para tornar as aulas cada vez mais interessantes e estimulantes para estas crianças.

Na sala de aula, a sua desarrumação é também visível em cima da mesa ou na mochila e a perda de material ou de outras coisas que lhe pertencem acontecem em maior número do que com outras crianças (*Barkley*, 2002).

Perante situações de novidade, grande valor de interesse, intimidação e ficar a sós com um adulto, *Phelan* (2005) refere que estas crianças poderão prestar atenção ou ficarem quietas por períodos limitados de tempos. Esta capacidade temporária da criança parecer normal poderá induzir em erro quem com ela trabalha podendo resultar em diagnósticos errados.

### **6.3. Impulsividade**

Tal como a atenção, a impulsividade também reveste um cariz multidisciplinar. Em geral envolve “os constructos do controle executivo, retardo de gratificações, esforço e até obediência” (*Olson, Schilling e Bates*, 1999; cit. por *Barkley*, 2008:93)

Estudos (Barkley, 2008) demonstram que a criança com PHDA, apresenta um descontrolo comportamental, inibição prolongada fraca, incapacidade em retardar uma resposta ou gratificação, incapacidade em inibir respostas dominantes ou prepotentes. Cruz (1987) refere ainda que estas crianças são referenciadas como menos pró-sociais, menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores, de adiar a gratificação e de resistir à tentação.

As atitudes impulsivas poderão fazer com que a criança haja de forma desadequada ao local onde se encontra, se precipite na realização de respostas (Garcia, 2001) e se irrite constantemente devido à sua incapacidade de seguir instruções ou dificuldade em obter o que deseja (Kirk & Gallagher, 1991). É notória a incapacidade em conter as suas respostas face a uma determinada situação não pensando no leque de respostas que poderá ter para a resolver. A impressão que fornece às pessoas que lidam de perto com eles é o de “serem crianças “imaturas”, “irresponsáveis”, “mal-educadas”, “preguiçosas”, “impertinentes”, “difíceis de aturar”” (Lopes, 1998:61). *Phelan* (2005:21) corrobora referindo que “não consegue se dar um tempo para parar, olhar o que está acontecendo, ouvir o que está sendo dito e então reagir de maneira apropriada.” Quando começa uma nova atividade, realiza-a de forma desorganizada, desestruturada e raramente a conclui.

Relativamente à capacidade verbal e a impulsividade, estudos mostram que estas duas componentes se relacionam (Barkley, 2008). Os indivíduos menos impulsivos e mais reflexivos na realização das tarefas apresentam uma linguagem mais desenvolvida e com melhores habilidades verbais em comparação com aqueles com habilidades verbais menos desenvolvidas. Os dois problemas estão interligados, uma vez que as crianças jovens aprendem a falar consigo mesmas quando procuram controlar o seu próprio comportamento para serem menos impulsivas. *Gordon* (1979; cit. por Barkley, 2008) refere que a existência de um discurso autodirigido irá ajudar a criança com PHDA a inibir os seus desejos iniciais de responder de uma determinada maneira, influenciar em certos detalhes da tarefa e em várias opções de como responder antes de escolher a resposta.

O resultado de vários estudos comprovaram que não é possível diferenciar uma dimensão de impulsividade de uma dimensão de hiperatividade. O facto de surgirem em simultâneo, fez com que *Barkley* (1990; cit. por Lopes, 2004) construísse o conceito de desinibição comportamental. Este autor considera que a desinibição comportamental constitui a “imagem de marca” deste distúrbio devido principalmente a três razões que passamos a descrever, i) o que distingue as crianças com PHDA de crianças com outros distúrbios ou crianças normais não é tanto a desatenção mas a hiperatividade e a desinibição comportamental, ii) perante estudos sobre os três sintomas principais do PHDA, os sintomas que melhor discriminam as crianças PHDA das restantes são os erros por impulsividade e os níveis excessivos de atividade, iii) a ordenação dos itens do DSM-IV para diagnóstico de PHDA evidenciam que os itens que se encontram mais discriminados são aqueles que estão relacionados com um controlo pobre dos impulsos e com uma incapacidade de inibição comportamental. Sobre este ponto de vista, o autor conclui que os problemas de atenção são secundários relativamente à desinibição comportamental e ao controlo de impulsos e refere também que o problema das crianças com PHDA constituirá um problema de controlo de comportamento a partir de estímulos socialmente relevantes. *Douglas* (1988) comprova concluindo que as tarefas que exigem o recurso à autorregulação, colocarão mais problemas às crianças do que tarefas que sejam, sob esse ponto de vista, menos exigentes. Este autor refere também que, exigências específicas de processamento da informação, exigências de controlo externo e a presença de fatores de atração e distração influenciarão na atividade da criança.

#### **6.4. Hiperatividade**

A hiperatividade foi, até à década de 80, referida não apenas como um dos sintomas mas como o principal sintoma deste distúrbio. Estudos mostram que as crianças com PHDA apresentam um grau de hiperatividade maior na realização das atividades em relação a outras crianças (*Barkley e Cunningham, 1979; Porrino et al., 1983; Teicher, Ito, Gold e Barber, 1996; cit por Barkley,*

2008). A hiperatividade caracteriza-se por um nível excessivo de atividade motora ou verbal que se pode traduzir em inquietação, impaciência, ritmo desnecessário e também em conversa excessiva. Estas crianças não regulam nem controlam o seu nível de atividade, não estando por vezes, esses movimentos relacionados com o trabalho que estão a desenvolver. Mesmo quando têm consciência desses comportamentos continuam incapazes de reprimir essa necessidade de movimento permanente (Falardeau, 1997).

Devido a este sintoma a criança movimenta em excesso as mãos e os pés, corre ou salta excessivamente em situações que não é adequado fazê-lo, mexesse quando deveria estar sentada, raramente realiza com tranquilidade atividades de lazer e atua como se fosse impossível parar falando em excesso (Nielson, 1999).

Lopes (1998:63) refere que é necessário considerar a existência de diversos tipos de “sobreactividade”. Alguns autores referem que a locomoção, os movimentos dos tornozelos e do corpo em geral, parecem diferenciar estas crianças das crianças normais (Barkley & Cunningham, 1979; Barkley & Ullman, 1975; Porrino *et al.*, 1983; cit. por Lopes, 1998). No entanto, a flutuação situacional dos sintomas permitem concluir que possivelmente, o problema essencial reside na dificuldade de controlo em situações que socialmente o exijam e não tanto nos níveis elevados de atividade motora.

Paralelamente, outras questões se poderão levantar perante a avaliação do sintoma “hiperatividade” do distúrbio, sendo elas, i) a variabilidade situacional dos níveis de atividade motora, ii) a variabilidade intersujeitos que possivelmente traduz a própria variabilidade de temperamentos individuais, iii) o estabelecimento de linhas claras de demarcação entre o que poderá ser “hiper”, “hipo” ou “normal” em termos dos níveis de atividade motora (Lopes,1998:63).

É relativamente visível nas suas ações que perante instruções, a sua atenção diminui ou é desviada para assuntos que lhe parecem mais interessantes não processando instruções que lhe são dadas. Para além disso, são hiper-responsivas (Barkley, 2008), sendo mais propensas a responder a

coisas em seu redor em qualquer situação de forma rápida, vigorosa e facilmente em situações que outras crianças se tornariam inibidas.

Paralelamente, a nível mental existe uma agitação psíquica, invisível aos nossos olhos, que não lhe deixam sequer fazer uma pausa para interpretar os outros que a rodeiam (Silva, 2003). A interrupção constante de um diálogo, a mudança repentina de assunto não deixando o outro responder, a dificuldade em esperar pela sua vez num jogo, a sua forma de reagir por vezes agressiva quando não consegue o que pretende, irá traduzir-se numa dificuldade em fazer e conservar amigos, afastando-os, até deixando de brincar com ele (Polis, 2008). No entanto, estas crianças poderão encontrar alguém para brincar, principalmente se for mais novo. Segundo *Phelan* (2005), tal acontece porque o seu grau de maturidade é normalmente inferior ao da sua idade cronológica, encaixando-se melhor nesse grupo e também porque, sendo fisicamente maior do que as crianças mais novas, ele será o líder não sendo assim contrariado e sendo menos frustrado. A maioria destas crianças não gosta de perder reagindo de uma forma mais agressiva, impulsiva e mostrando baixa tolerância à frustração. A incapacidade em adiar a satisfação e o pouco controle sobre os impulsos irão, portanto, despoletar problemas de interação social.

Quanto a decisões tomadas por estas crianças, estas são tomadas de forma impulsiva reagindo ao primeiro estímulo, não avaliando a qualidade da escolha ou consideração de outras possibilidades. Segundo *Parker* (2003), os seus níveis de energia são tão elevados que nas suas brincadeiras se podem mostrar incansáveis, entusiásticos e imprudentes. Agem assim, sem pensar e sem se preocuparem com as consequências expondo-se aos perigos que ignoram que correm (Garcia, 2001). Os estudos de análise fatorial realizados sobre avaliações comportamentais mostram que os componentes de inquietação formam um fator que constitui o comportamento impulsivo ou desinibido. (Achenbach e Edelbrock, 1983; DuPaul, 1991; DuPaul *et al.*, 1998; Lahey *et al.*, 1994; Milich e Kramer, 1985; cit. por Barkley, 2008) É provável portanto, que as situações de hiperatividade e de impulsividade estejam estritamente relacionadas. As consequências da incapacidade em controlar o seu próprio comportamento poderão traduzir-se num baixo rendimento escolar

e em dificuldades sociais, originando um autoconceito negativo por parte da criança. O comportamento que demonstra irá originar várias reprimendas e castigos que as tornarão conhecidas como “malcomportadas” contribuindo para o aumento da sua frustração e diminuição da sua autoestima.

Perante a definição sintomática da PHDA verificamos que todos os sintomas interagem entre si, uma vez que, devido à sua forma impulsiva de reagir a vários estímulos, a criança não vai conseguir inibir o seu comportamento agindo de forma descomedida e sem prestar atenção ao que é realmente necessário.

## **7. Principais características das crianças com PHDA**

Os autores Safer e Allen (1979), citados por García (1999), consideram a hiperatividade evolutiva e definem-na como uma norma de atividade excessiva em situações que requerem inibição motora e que é persistente ou contínua ano após ano. As principais características associadas à hiperatividade são a falta de atenção; as dificuldades de aprendizagem preceptiva-cognitivas; os problemas de comportamento e a falta de maturidade.

Para além destas, podemos encontrar outras características de menor importância, do tipo emocional, tais como a impulsividade, a ansiedade e a dificuldade de relacionamento com os colegas.

O autor Vallet (1986), citado por García (1999), considera que a hiperatividade é uma síndrome que engloba o movimento corporal excessivo; a impulsividade; a atenção dispersa; a inconstância nas respostas; a emotividade; a coordenação motora pobre e as dificuldades de aprendizagem (problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória).

A hiperatividade manifesta-se em todos os campos desde as primeiras idades, não é exclusivamente uma hiperatividade motora, pois pode estar associada à hiperatividade verbal, levando a uma tendência para a destruição, agressividade e perturbações do sono. Outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome é a falta de atenção, a irritabilidade, a impulsividade,

a ausência de coordenação motora tanto na motricidade grossa como na motricidade fina, os comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental, a “*desobediência patológica*”, a repetição do erro, a incompreensão perante o castigo e as perturbações de aprendizagem a nível visuo-motor.

## **8. Como identificar uma criança Hiperativa/PHDA?**

A American Psychiatric Association, no DSM-IV, consagra uma lista de sintomas para o despiste de PHDA.

A característica essencial de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é, segundo DSM-IV, um padrão persistente, da qual, salienta-se quanto à: Quantidade, devem estar presentes pelo menos 6 dos sintomas abaixo mencionados; Duração, persistirem por um período mínimo de 6 meses com uma intensidade que é simultaneamente desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento do indivíduo; Início, terem início antes dos 7 anos de idade; Contexto, acontecerem em dois ambientes diferentes (Por exemplo: Escola / Casa); Provas, existirem provas claras de um défice claramente significativo do funcionamento social e académico e Exclusão, verificar se os sintomas não são devidos a outra perturbação mental.

## **9. Causas da PHDA**

Atualmente, apesar das investigações realizadas, ainda existe dificuldade em enumerar as causas da Hiperatividade. Assim, e segundo Lopes (2003:133) “*é impensável encontrar um qualquer fator que por si só dê origem à hiperatividade. Poderemos pois, na melhor das hipóteses, vir a determinar um conjunto de fatores necessários e/ou suficientes para configurar, com um grau razoável de precisão*”.

Garcia (2001:27) afirma que

*“entre as possíveis causas investigadas realçam-se fatores biológicos, atraso de maturação, fatores pré e perinatais, influências genéticas outras variáveis próprias do ambiente da criança. Contudo, não existem dados concludentes que indiquem que qualquer destes elementos separadamente seja o responsável último pela perturbação”.*

## 9.1. Fatores Neurológicos

Desde o início que se considera que a hiperatividade está relacionada com fatores biológicos. As primeiras investigações realizadas pretendiam analisar a relação entre a hiperatividade e as alterações estruturais e funcionais do cérebro, pois como nos acrescenta Garcia (2001:28)

*“a partir do facto de que uma lesão cerebral origina determinados efeitos que podem dar lugar a múltiplos transtornos psicológicos e psiquiátricos, investigou-se até que ponto as crianças com atividade motora excessiva, inquietude e falta de atenção apresentam alterações cerebrais”.*

Porém não foi possível estabelecer conclusões definitivas, mas atualmente, aceita-se a hipótese de que as lesões cerebrais tornam as crianças mais vulneráveis a problemas psicológicos, em vez de se acreditar que as lesões são causas diretas da hiperatividade.

No entanto, o autor considera que os estudos realizados mostram que as causas da hiperatividade são mais provavelmente endógenas do que exógenas, dito de outra forma, terão mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo do que fatores do meio. Também Barkley (2000), citado por Lopes (2003) refere que especificamente o PHDA parece depender muito mais de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, decorrentes de fatores hereditários, do que de fatores ambientais.

Lopes (2003) acrescenta que embora os fatores ambientais possam desempenhar um papel potenciador ou um papel moderador dos sintomas fundamentais de DHDA, mas com grande probabilidade não estarão na sua origem direta. Nesta ordem de ideias encontra-se Vasquez (1997), que considera a base orgânica como causadora da disfunção cerebral mínima, que pode surgir desde a gestação até vários anos após o nascimento.

## 9.2. Fatores Pré e Perinatais

Tal como está cientificamente comprovado, o meio intrauterino é determinante para a saúde do bebé, assim como as complicações que surjam durante o parto. O consumo de tabaco, álcool, drogas ou o stress psicológico

da mãe grávida interfere muito com o futuro recém-nascido, pois pode-lhe provocar danos graves e irreversíveis.

Para vários investigadores as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram de anoxemia (deficiência de oxigénio no sangue) durante o parto ou sofreram infeções neonatais, têm maior probabilidade de sofrerem de problemas comportamentais.

Gold e Sherry (1984) citado em Garcia (2001), dizem que o abuso de álcool durante a gravidez é responsável pelo défice de atenção das crianças, assim como problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor.

Cerca de 1/3 das crianças de mães que consomem álcool durante a gravidez apresenta condutas hiperativas, sobretudo devido à situação de vulnerabilidade em que se desenvolvem.

### **9.3. Fatores Genéticos/Hereditários**

Este fator é o que reúne maior consenso, como sendo a causa principal da hiperatividade. Segundo Falardeu (1999:36)

*“os estudos estabeleceram, sem margem para dúvidas, que em mais de 95 por cento dos casos a hiperatividade é hereditária. A transmissão é feita pelos genes (...). Desta forma os descendentes de uma pessoa hiperativa estão mais expostos que os outros a este problema. Os estudos estatísticos mostraram que 35 por cento dos pais e 17 por cento das mães de crianças hiperativas também são hiperativos”.*

### **9.4. Fatores Ambientais e Psicológicas**

Segundo Bautista (1997), o nível socioeconómico, a situação da família e as características do trabalho ou da ocupação profissional dos pais relacionam-se com os problemas de conduta observados nas crianças. Os fatores determinantes não são, possivelmente, as condições sociais em si mesmas, mas sim, os seus efeitos psicológicos sobre a família, as atitudes e os modelos educativos que os pais adotam.

No entanto, para Lopes (2003), há dois tipos de fatores ambientais: o consumo de substâncias (álcool e tabaco) durante a gravidez e a exposição ao chumbo.

Assim, segundo Vasquez (1997), pode-se dizer que as principais causas das perturbações de comportamento da criança hiperativa são as mudanças estruturais e funcionais do cérebro, mesmo quando não é possível detetar nenhum dano cerebral importante. Por outro lado, também há a considerar os fatores hereditários, já que 20 a 35 por cento dos hiperativos costumam apresentar um historial familiar de dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. Este dado, junto às investigações realizadas sobre crianças adotadas, com disfunção cerebral mínima, vem apoiar a teoria de um componente genético na etiologia da hiperatividade.

## **9.5. Fatores Socioculturais**

Os fatores socioculturais podem também ser responsáveis por causar PHDA. O meio social de cada criança não fica ilibado de desencadear comportamentos mas, à parte disso, ele é protagonista no que toca à revelação do PHDA.

O meio sociocultural é, portanto, o “*fio condutor*” da problemática. Se a criança em casa desenvolve a hiperatividade, é no meio sociocultural que ela se irá refletir, principalmente na vida escolar e na sua vida social. Se, no senso comum, é costume afirmar-se que o comportamento das crianças, ao nível social, é o reflexo da vida familiar, no caso da criança com PHDA é bem aplicável, pois se esta é irrequieta e desatenta, ao revelar estes sintomas em casa, a família pode não a perceber se também possuir a perturbação.

Em contexto escolar, os colegas e os professores, normalmente, percebem mais facilmente o funcionamento inadequado da criança, descobrindo a PHDA.

## 10. Problemas Associados à PHDA

Muitos teóricos caracterizam a hiperatividade como sendo um conjunto de manifestações comportamentais anómalas.

Para Falardeu (1999:29),

*“a característica provavelmente mais surpreendente para os educadores destas crianças é a grande variabilidade, de um dia para o outro, da exatidão e da rapidez com que as crianças hiperativas podem realizar um dado trabalho. Essa variabilidade influencia de forma desfavorável os professores (...) Daí a concluírem que são preguiçosos, é só um passo”.*

Segundo Garcia (2001:2), para alguns especialistas a hiperatividade é:

*“...uma síndrome (conjunto de sintomas característicos de uma determinada enfermidade) que tem, provavelmente, uma origem biológica ligada a alterações do cérebro, causadas por fatores hereditários ou resultantes de uma lesão, enquanto para outros constitui um modelo de conduta persistente em situações específicas”.*

Na generalidade diz-se que uma criança é hiperativa quando não consegue estar quieta, atenta, denota uma certa inquietação, tem problemas de aprendizagem..., etc.

Os problemas de coordenação motora afetam a motricidade fina pois este tipo de crianças mostra dificuldades em realizar atividades que exigem coordenação manual (por exemplo: atar os cordões dos sapatos). Quanto aos défices de atenção, as crianças hiperativas têm dificuldade em concentrar-se numa só tarefa, aborrecem-se ao fim de pouco tempo e distraem-se facilmente com qualquer estímulo externo. Relativamente à impulsividade dos hiperativos, as crianças são incapazes de controlar as suas reações ou pensamentos antes de agir e têm dificuldade em esperar pela sua vez.

As crianças hiperativas também são caracterizadas pelo alto grau de agitação que as acompanha, inclusive durante o sono: *“(...) são mais ativas que as outras crianças em todas as suas atividades e, na maior parte dos casos, mesmo durante o sono (...)”*

(Falardeau, 1999:25). Podem ser crianças agressivas e violentas com quem as rodeia, não só verbal como fisicamente.

Para alguns estudiosos a base do problema reside no fator *controlo*. A criança hiperativa sofre de uma diminuição (ou ausência) de controlo, daí ficar impotente para agir de acordo com o que se entende por “normal”.

Falardeu (1999:21) considera que:

*“a primeira característica da hiperatividade, provavelmente a mais importante, consiste na dificuldade sentida pela criança em controlar a sua atenção na altura em que tem uma tarefa a desempenhar e, portanto, a manter-se atenta quando a situação o exige. Sobretudo, parece incapaz de se concentrar o tempo suficiente quando a tarefa é um pouco longa, especialmente quando é monótona”.*

A característica mais surpreendente destas crianças é a grande variabilidade, pois também são capazes de realizar um trabalho com rapidez e desta forma os professores concluem muitas vezes que afinal eles são preguiçosos.

Segundo Bautista (1997), as principais características intimamente associadas à hiperatividade seriam: a falta de atenção; as dificuldades de aprendizagem preceptivo-cognitivas; os problemas de comportamento; falta de imaturidade; movimento corporal excessivo e inconstância nas respostas.

Salientam-se ainda outras características que podem surgir, embora de menor importância. São características de tipo emocional tais como: impulsividade; emotividade; ansiedade e dificuldade de relacionamento com os colegas.

As crianças hiperativas podem ser muito inteligentes mas os seus rendimentos, ainda que suficientes, não são satisfatórios pois têm fraca capacidade de memorização e de concentração.

Segundo o DSM-IV, para além das características já mencionadas, também refere que as crianças hiperativas têm dificuldade em organizar e terminar tarefas esquecem-se muito frequentemente daquilo que têm de fazer. Para além disso, são crianças que revelam grandes dificuldades em esperar pela sua vez e, por isso, interrompem os outros.

Apesar de todas estas características/comportamentos menos positivos, as crianças hiperativas são, normalmente, meigas, afetivas e simpáticas.

## **11. Características da Hiperatividade**

Apesar das características evidenciadas serem as mais comuns e registarem-se em quase cem por cento das crianças com PHDA, estas crianças apresentam também outros problemas que não lhes são exclusivos, mas que afetam mais as hiperativas do que as ditas normais da mesma idade (Parker, 2003).

### **11.1. Perturbação do rendimento escolar**

Mais de 90% das crianças com esta síndrome vêm-se afetadas no seu rendimento escolar que é desproporcionado em relação às capacidades intelectuais. Este sub-rendimento escolar supõe-se estar relacionado com os principais sintomas de desatenção, impulsividade e agitação motora da criança hiperativa no contexto escolar.

Os sintomas anteriormente definidos explicam, em parte, esta dificuldade na escola.

Contudo, em 25% dos afetados registam-se também dificuldades de aprendizagem.

Podem estar relacionados com a leitura, interpretação de enunciados, cálculo mental, o que provocará um atraso acrescido às limitações já evidenciadas (Parker, 2003).

De acordo com o autor citado, realizaram-se estudos durante as décadas de 80 e 90 a crianças com dificuldades de aprendizagem com e sem PHDA. Realizaram-se testes para determinar o Quociente de Inteligência destes dois grupos e verificou-se que as crianças com PHDA apresentavam um Quociente de Inteligência superior às crianças com Dificuldades de Aprendizagem mas sem Hiperatividade. Daqui podemos concluir que os fracos resultados académicos e escolares das crianças hiperativas devem-se aos seus problemas de atenção, impulsividade (bastante punido na sala de aula) e não às suas fracas capacidades intelectuais.

## **11.2. Perturbações do comportamento**

Muitas crianças hiperativas mostram problemas graves de comportamento que complicam ainda mais a situação. Em 65% dos casos, esses problemas geram uma reação de oposição/provocação. Essa reação manifesta-se mais nos rapazes do que nas raparigas e está associada às seguintes características: fraca autoestima, fraca tolerância à frustração, dificuldades em estabelecer amizades e maus resultados escolares (Parker, 2003).

## **11.3. Imaturidade afetiva**

Mais de metade das crianças com PHDA sofre de uma imaturidade afetiva que se traduz numa reação exagerada em certas situações. Tornam-se muito excitadas e difíceis de controlar. Esta imaturidade conduz, como os outros fatores a uma difícil integração social. Os amigos destas crianças são, regra geral, mais novos do que elas.

Integram-se com mais dificuldade nas atividades sociais (jogos de recreio, festas de aniversário) (Cabral, 2003).

Falardeau (1997:56) refere que quando fala com os alunos e os interroga sobre os seus colegas, os “hiperativos afirmam ter muitos amigos e não sentem dificuldades em viver em grupo”. Eles não se apercebem do problema, o que prova que não é a difícil integração social que mais contribui para diminuir a sua autoconfiança.

Parecem sentir-se mais afetados com os fracos rendimentos escolares.

## **11.4. Perturbações afetivas e comportamentais**

Os fracassos escolares e a rejeição social de que estes alunos são objeto conduzem, a longo prazo, a uma perda de autoestima, que é considerada como o problema afetivo mais agravante das pessoas que sofrem de PHDA. Por este motivo, é um dos aspetos a vigiar quando chegam à adolescência. Chegados à idade adulta, os hiperativos podem também enfrentar problemas de disfunção sexual. Por todas estas razões, os

hiperativos desenvolvem problemas de depressão mais frequentemente que os outros (Cabral, 2003).

### **11.5. Integração social**

Como seria de esperar, por todas as razões já enumeradas, estes alunos apresentam mais dificuldades em se integrarem socialmente. “Têm problemas de relacionamento social, de perceção social, de auto imagem e de integração social” (Lopes, 1998:74). O mesmo autor considera provável que a impulsividade das crianças hiperativas desempenhe um papel relevante nas suas dificuldades de relacionamento. Como se intrometem sem pensar nos jogos dos colegas ou nos diálogos dos pais, como têm momentos perturbadores, intrusivos, provocatórios e imaturos, acabam por ser muito mais controlados e muitas vezes rejeitados. Esta rejeição faz com que a criança ou o adolescente encare o mundo e a si próprio como agentes negativos, afetando muitos aspetos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afetivo (Lopes, 1998). Por todas estas ocorrências, as crianças hiperativas acabam por ter medos e receios de serem humilhadas e conseqüentemente ficam com uma visão negativa da convivência entre os pares. Têm mais problemas no seu trabalho/emprego e são mais evidentes as separações e os divórcios.

É de referir, no entanto, que existem algumas circunstâncias que podem evitar ou diminuir os riscos acima referidos: meio social e economicamente favorável; capacidade intelectual da criança; ausência de perturbações específicas de aprendizagem; acompanhamento e atitude médica e familiar (Lopes, 1998).

### **11.6. Distúrbios na fala**

Por tudo aquilo que já foi dito até aqui, estas crianças tendem a falar mais e durante mais tempo do que as crianças ditas normais. Esta situação torna-se incómoda e negativa em vários contextos (na sala de aula, em refeições com amigos dos seus pais), porque na maioria dos casos falar muito significa falar quando não se deve e tratar de assuntos impróprios ou irrelevantes. “Esse discurso é menos elaborado, menos fluente e mais

frequentemente acompanhado por défices articulatórios do que nas crianças normais” (Lopes, 1998:74).

## **12. Como lidar com o comportamento de crianças com PHDA**

Muitas vezes, verificamos que os alunos com PHDA têm comportamentos desajustados, perturbando o normal funcionamento da sala de aula. Esta realidade causa, por vezes, desespero nos professores, levando-os, em alguns casos, a perderem o controlo das situações.

García (2001) afirma que é imprescindível que os professores adotem atitudes positivas e favoráveis e que promovam uma aprendizagem que tenha em atenção as destrezas, capacidades e limitações evidenciadas por estes alunos. Defende também que os pais e os professores devem trabalhar em conjunto de forma a *“fomentar a confiança das crianças, estimular as suas destrezas e as suas capacidades a um ritmo adequado e dispor o ambiente escolar e familiar de modo a tornar mais fáceis os seus pequenos progressos diários.”*

Na opinião de Grácio (s/d), estes alunos *“necessitam de SUPER PROFESSORES, isto é, professores com maiores doses de calma, tolerância e algumas estratégias para lidarem com o comportamento dos seus alunos”*.

Este autor sugere, assim, um conjunto de orientações práticas para o professor gerir o comportamento de um aluno com PHDA e favorecerem as interações positivas entre professor aluno.

Em síntese podemos referir, em concordância com Grácio (s/d), os aspetos mais significativos designadamente: Estabelecer hábitos regulares na sala de aula – implementar rotinas desde que o aluno ouve o toque de entrada e se dirige para a sala até à sua saída da aula. Ajudar o aluno a organizar o material na sua carteira, antecipando-lhe o que vai ser necessário durante aquela aula e fazer uma introdução do conteúdo que será abordado. As rotinas fazem o aluno sentir-se seguro; Utilizar esquemas que permitam dividir as

aulas por partes – introduzir mudanças que compartimentam a aula em várias partes, variando o tom de voz, introduzindo paragens ou intervalos de alguns segundos. Utilizar breves resumos dos conteúdos abordados até ao momento. É importante que o professor utilize uma linguagem facilitadora da autoinstrução por parte do aluno das tarefas que tem de cumprir; Estabelecer as regras da sala de aula – é importante que se estabeleçam regras simples e claras para a turma. O professor deve tornar as regras explícitas, fazendo com que o aluno saiba exatamente o que é aceitável e o que não é aceitável e explique quais as consequências de quando se obedece às regras e de quando estas não são cumpridas; Dar instruções claras e consistentes – para uma criança com PHDA escutar é uma tarefa difícil. O professor deve captar a atenção do aluno, olhar-lhe diretamente nos olhos e dar-lhe instruções claras e curtas. Para as tarefas mais difíceis, o melhor é dar-lhe só uma ou duas instruções de cada vez. Depois de o aluno colocar em prática deverá ser elogiado. O professor deverá usar um tom de voz firme e ser positivo; Utilizar o reforço positivo – uma estratégia que pode ser usada é elogiar o aluno sempre que ele faça algo do nosso agrado. O professor deve referir-se positivamente às suas capacidades e êxitos, mesmo nas coisas mais simples. Os alunos com PHDA precisam de ser elogiados ou premiados pelos seus comportamentos adequados; Servir de modelo nas atitudes – o professor deve ser um modelo para o aluno. As crianças observam o que ocorre à sua volta e reproduzem os comportamentos aprendidos. Por isso, os modelos do professor são importantes; Estar atento aos sinais que preveem o mau comportamento - Os professores devem estar atentos e perceber os sinais que preveem a proximidade de um episódio de mau comportamento. Deste modo, ser-lhes-á mais fácil controlar estes sinais, afastando a criança da situação de conflito, por exemplo, pedindo-lhe para executar determinada tarefa; Focar-se no esforço e não nas notas – o professor deve recompensar o aluno pelo esforço de acabar as tarefas e não quando tem boas notas. Garcia (2001) refere ainda que o professor deve: Relacionar-se de forma tranquila e relaxada com o aluno com PHDA, prestando atenção aos comportamentos adequados e ignorar os menos corretos; Mostrar-se firme e seguro relativamente ao cumprimento de regras,

mas evitar castigos, repreensões e ameaças; Elogiar êxitos diários; Transmitir confiança nos progressos e capacidades da criança;

### **12.1. Domínio Farmacológico**

García (1999) afirma que alguns autores referem que o uso de medicamentos na PHDA é uma ferramenta necessária para permitir uma melhor qualidade de vida da criança hiperativa.

Existem três categorias de medicamentos que podem ser usados na PHDA: os estimulantes, os antidepressivos e os adicionais.

Frequentemente, torna-se útil combinar medicamentos das diferentes categorias para obter um efeito adequado. Normalmente, a medicação é a mesma tanto para crianças como para adultos, diferenciando apenas a dosagem e a combinação adequada a cada caso. Os estimulantes são Metilfenidato (Ritalina®); Dextroanfetamina (Dexedrina®) e Pemolina (Cylert®).

Atualmente, os estimulantes mais utilizados no tratamento desta problemática são à base de Metilfenidato (Ritalina®). O uso de estimulantes em indivíduos que apresentem hiperatividade física e mental pode parecer um contra-senso, uma vez que as crianças portadoras de PHDA, por si só, já são bastante ativas, mas de facto estes são necessários. Em termos práticos, essas substâncias aumentam a concentração, diminuem a impulsividade e a hiperatividade, para além de reduzirem os níveis de ansiedade e os estados depressivos.

Os antidepressivos mais utilizados são à base de desipramina (Norpramin®) e têm efeitos benéficos no combate dos sintomas básicos da PHDA. A combinação perfeita no tratamento desta perturbação é entre a desipramina (Norpramin®) e o Metilfenidato (Ritalina®). Estes podem ser Desipramina (Norpramin®); Imipramina (Tofranil®); Venlafaxina (Efexor®); Bupropiona (Zyban®); Fluoxetina (Prozac®) e Sertralina (Zoloft®).

Outros medicamentos adicionais são utilizados para minimizar os efeitos colaterais da medicação principal, como os betabloqueadores (propranolol) que ajudam a reduzir a irritabilidade, a insónia, a taquicardia, a sudorese e a diarreia. São também utilizados para minimizar os comportamentos em que a

medicação principal não actuou, tais como os acessos de raiva ou a fúria, a agitação física, a instabilidade de humor, a ansiedade e a insónia. Nestes casos, adicionam-se substâncias à base de lítium, ácido valpróico, carbamazepina, nadolo, propranol e clonazepane clonidina.

O uso de estimulantes pode provocar insónias, dores de cabeça, disforia e perda de apetite, originando perda de peso. No entanto, estes são muitas vezes utilizados no tratamento de crianças hiperativas, devido ao seu efeito contraditório no comportamento infantil, produzindo uma diminuição da atividade física e um aumento dos períodos de atenção, que se repercutem numa melhoria do rendimento escolar. Estes não provocam habituação nem dependência física, como normalmente acontece com os adultos e, também, não apresentam o característico efeito de euforia.

## **12.2. Domínio Comportamental – Cognitivo**

O tratamento comportamental – cognitivo pode dividir-se em duas áreas: as técnicas operativas e as técnicas cognitivas (Garcia, 1999). Este tratamento baseia a sua linha de atuação em três vertentes: o treino dos pais, o tratamento centrado na criança e a intervenção centrada na escola.

As técnicas operativas procuram perceber o que, em termos ambientais, pode causar a perturbação, pois supõem que sejam estes os fatores responsáveis pelos estímulos. Portanto, se forem controlados os fatores ambientais pode ser possível reduzir ou melhorar o comportamento da criança.

De acordo com este tratamento, quando o comportamento do aluno é considerado adequado, deve seguir-se imediatamente a recompensa, por exemplo, um doce ou um brinde do agrado. O adulto deve estar atento ao comportamento da criança com PHDA e procurar agir de forma assertiva. Muitas vezes, esta procura despertar a atenção do adulto através de comportamentos indesejados, tal como é o caso, entre outras formas expressivas, do choro e dos gritos. No entanto, o adulto não deve ceder e manter uma posição firme, ignorando tais comportamentos. Com a aplicação desta técnica, este tipo de comportamentos na criança tende a desaparecer. As

repreensões (por exemplo retirar algo já adquirido pela criança) podem ser também uma boa estratégia para que esses comportamentos diminuam.

Segundo Aylon e Rosenbaun (1977), citados por Garcia (1999),

*“o tratamento comportamental da hiperatividade baseia-se no manejo das consequências ambientais”*. Assim, relativamente ao ambiente social, familiar e até mesmo escolar, podem-se aplicar as noções de *“reforço, extinção e castigo”*.

Com este tratamento, as ações da criança mudam favoravelmente, aumentando os comportamentos mais adequados. Este tratamento comportamental pode também ser aplicado na escola, pois segundo Serrano (1990) e Ross (1987), citados por Garcia (1999), a criança precisa de condutas corretas e capacidade de as realizar, para que em contexto escolar consiga efetuar com sucesso as atividades propostas.

Deste modo, e segundo uma medida progressiva, a criança de início não precisa fazer grande melhoria para *“ganhar muito”*, mas com o evoluir do tratamento, esta situação inverte-se, a criança passa a ter que realizar atividades cada vez mais complexas, (por exemplo, estar mais tempo no seu lugar, demonstrar mais tranquilidade) passando a *“ganhar pouco”*, tendo que lhe ser dado, de forma constante, um grande valor pelo feito conquistado.

Relativamente às técnicas cognitivas nos anos 70, Meichenbaun e Goodman (1971), citados por García (1999), elaboraram um método que propunha à criança hiperativa técnicas de enfrentar os trabalhos escolares e as atividades que implicam controlo comportamental. Com este treino *Auto instrutivo* a criança pode transformar verbalizações internas e modificar o objeto da ação, alterar o comportamento manifestado. O objetivo desta técnica é inculcar na criança o pensamento antes de agir, pensar mais na forma de como fazer ou atuar.

Alguns críticos são de opinião que este método não muda de forma satisfatória os comportamentos sociais da criança, uma vez que esta não os interioriza a longo prazo, para se manifestarem em aplicações futuras.

### **12.3. Tratamento combinado (farmacológico e comportamental – cognitivo)**

Devido ao descontentamento de alguns autores, perante os resultados obtidos no tratamento farmacológico e no tratamento comportamental, surge com Whalen e Henker (1991), citados por Garcia (1999) este novo tratamento combinado.

O tratamento à base de medicação consegue que a criança se mantenha calma ou pouco agitada, mas durante um curto período de tempo. O tratamento comportamental reúne mais eficácia, consegue captar mais a atenção do aluno em contexto escolar, podendo aumentar o seu rendimento na escola, mas quanto à manutenção dessas melhorias a longo prazo, surgem algumas dúvidas.

Sucintamente, para o tratamento combinado pode apresentar-se quatro pontos: aplicar a medicação no início da intervenção; reduzir sucessivamente a medicação e, assim, eliminar alguns efeitos secundários do medicamento; melhorar a mudança de condutas (contando com a intervenção dos pais e dos professores); o custo é baixo, pois com o tratamento combinado a contribuição farmacológica é muito menor.

Este método, tal como outros, não é totalmente aceite por todos os investigadores. Há opiniões de que este tratamento não é o melhor, no entanto, é o mais recomendado para casos de crianças com PHDA grave.

A escolha do tratamento nem sempre é algo simples ou algo possível de comparação com casos semelhantes, mas segundo Garcia (2001), na obra "*hiperatividade*", deve ter-se em conta alguns fatores: Vantagens e desvantagens de todos os métodos terapêuticos apresentados; Contrabalançar os benefícios versus o custo; A reação da criança/aluno perante o tipo de tratamento; A gravidade da Perturbação de Hiperatividade por Défice de Atenção.

## 12.4. Intervenção em Contexto Escolar/Estratégias

São várias as estratégias que necessitam de ser implementadas e que podem ser usadas com alunos com PHDA. “*Entende-se por estratégia a ação ou caminho mais adequado a ser executado para alcançar um objetivo ou meta.*” (Silva, Santos, Pereira & Rodrigues, 16/02/2012)

As crianças passam muito tempo na escola, partilhando com os professores a maior parte das suas atividades diárias. Assim sendo, os docentes desempenham um papel muito importante junto dos alunos portadores de PHDA, na medida em que podem fazer a diferença na vida destas crianças.

Frequentemente, a PHDA associa-se ao insucesso escolar. Lorente e Ávila (2004) referem que “*40 a 50% destas crianças têm um fraco rendimento escolar*”.

Na opinião de Giacomini e Giacomini (2006) existem pelo menos sete fatores essenciais para que a aprendizagem aconteça: saúde física e mental; motivação; prévio domínio; maturação; inteligência; concentração ou atenção e memória.

Nem sempre é fácil lidar com alunos hiperativos e desatentos, principalmente quando se trabalha com turmas com um elevado número de alunos.

Para Sosin e Sosin (2006), a hiperatividade não se controla facilmente. A intervenção nos alunos com esta problemática exige persistência e paciência por parte dos professores. Estes devem “*manter o espírito aberto e uma atitude compreensiva (...), não esquecendo nunca que atividade motora excessiva é um padrão de resposta automático que a criança não consegue controlar na totalidade.*”

Estes devem promover ambientes de aprendizagem adequados que promovam o sucesso educativo.

Sosin e Sosin (2006) referem que, de acordo com vários investigadores, existem algumas estratégias que podem ser aplicadas pelos professores que possuem alunos portadores desta problemática, de modo a ajudá-los a tirarem o melhor partido possível da escola. Deste modo, o professor deve: Manter

uma relação próxima com a criança, aceitar o aluno tal como ele é, compreender a sua problemática e estar disponível para o ajudar. O professor deve estabelecer uma relação pautada por manifestações de carinho, mostrando ao aluno que está disponível para o ouvir e ajudar; Trabalhar em equipa com os pais e os profissionais de saúde, dando a conhecer os progressos do aluno e os pontos a melhorar; Utilizar o reforço positivo; Adaptar as práticas educativas – ser capaz de utilizar estratégias que vão ao encontro das reais características e necessidades do aluno. O professor pode dar tempo extra para o aluno realizar as tarefas da sala de aula e não o penalizar por isso; modificar, caso seja pertinente, as normas de avaliação; ajustar o ritmo da aula à sua capacidade de compreensão; relacionar os conteúdos a trabalhar nas aulas com os conhecimentos prévios do aluno; Ser inovador e utilizar material didático ou lúdico; Utilizar uma linguagem clara e certificar-se que está a ser compreendido pelo aluno; Modificar o tom de voz e deslocar-se pela sala de aula enquanto expõe a matéria; Usar, sempre que possível, exemplos concretos; Promover atividades que desenvolvam a capacidade de atenção e concentração: ordenação de séries, completamento de frases, puzzles, discriminação visual de estímulos gráficos, falar sobre o que está a fazer no momento, etc..

Tal como podemos verificar, uma forma de lidar com esta problemática é ajudar o aluno a gastar as energias em excesso. O aluno necessita movimentar-se através de atividades físicas aceitáveis. A atribuição de tarefas que mantenham o aluno em movimento pode ser extremamente terapêutica nestes casos (Sosin e Sosin, 2006).

De acordo com Rohde e Benczik (1999) *“a atividade física regular é fundamental para qualquer criança. É mais importante ainda naquelas com este transtorno, especialmente quando os sintomas de hiperatividade são mais intensos.”*

Apostar em atividade física nas aulas pode ajudar estes alunos, pois *“o simples facto de se levantarem para ir buscar materiais, afiar um lápis ou guardar um livro pode ser suficiente para libertar as energias reprimidas”*. O

professor pode autorizar o aluno a levantar-se e a deslocar-se de maneiras aceitáveis, sempre que a criança considerar necessário.

A este respeito, importa lembrar que os movimentos apresentados muitas vezes por um aluno hiperativo (por exemplo, brincar com a borracha ou afia...) podem ser uma forma tranquilizante e calmante, acabando por propiciar a sua concentração. Como tal, sempre que possível e caso não prejudiquem os restantes alunos, o professor deve ignorar esses movimentos.

As atividades desportivas podem ser bastante positivas neste campo. A este respeito Sosin e Sosin (2006) defendem que as proezas desportivas podem ser bastante positivas para estes alunos, uma vez que estes dizem muitas vezes sentir-se melhor após a prática desse tipo de exercícios. Como tal, o incentivo à prática do desporto é muito importante, pois para além de lhes permitir gastar energias, *“propiciam a aquisição de mestria em alguma competência, bem como a aceitação social.”* (Sosin & Sosin, 2006)

As crianças passam, atualmente, grande parte do dia na escola, maioritariamente dentro da sala de aula. Para um aluno hiperativo, o espaço não é com certeza suficiente e é muitas vezes pouco motivador para estimular a atenção da criança. *“O tratamento das crianças hiperativas na escola é uma questão extremamente delicada”* (Falardeau, 1997:109). Para que os professores se ocupem corretamente deste tipo de crianças na sala de aula é de extrema importância que tenham um conhecimento teórico sobre a PHDA e que os pais informem o professor se já estiverem perante o problema e até perante o tratamento. O professor terá, também, de aceitar e compreender essa criança e as suas características para que o processo de ensino e aprendizagem seja agradável para os dois intervenientes. Deve trabalhar com estas crianças o seu lado sensível, emocional e criativo, pois elas possuem muitas capacidades nestes campos.

A criança deve ser aceite na turma, no entanto, a maioria das vezes isso não acontece, devido ao seu comportamento. Segundo Correia (2005:32),

*“o professor com o intuito de minimizar situações de mal-estar, pode considerar um conjunto de atividades que ajudem a criar verdadeiras comunidades de apoio que permitam que todos os alunos aprendam um pouco sobre cada um, se sintam bem-vindos e inseridos na turma”.*

### **12.4.1. Modificar o método pedagógico**

Se estas crianças não conseguem estar atentas, durante muito tempo, mais difícil será se a metodologia utilizada pelo professor for de passividade para a criança, assim como se for sempre a mesma. Para que a aula seja bem aproveitada por estes alunos, referem vários autores que os professores devem torná-la o mais motivante possível. Para isso é positivo que mudem de estratégias com bastante regularidade, para que os alunos não entrem na sala já a imaginar tudo o que se vai passar, mas pelo contrário, que encontrem muitas vezes várias novidades. Também são de privilegiar formas de ensino em que as crianças sejam o mais ativas possível. Quanto mais se “mexerem” na sala de aula mais satisfeitas estarão as crianças. O recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação é também bastante positivo. Quanto mais coloridos forem os programas, mais os conteúdos as interessarão. Geralmente, estas crianças gostam de trabalhar com as Tecnologias de Informação e Comunicação, por isso, este recurso pode ser bastante positivo se for usado como metodologia de trabalho (Garcia, 2001).

### **12.4.2. Aceitar na medida do possível o seu movimento**

É fácil de concluir que as crianças com esta síndrome não conseguem estar muito tempo paradas e sentadas no mesmo lugar. Desta forma, o professor deverá mostrar-se mais tolerante em relação a essas crianças, que se levantem com mais frequência do que as outras crianças. Podem, inclusive, deixá-los sair por breves minutos da sala de aula até ao recreio, sempre com vigilância de um auxiliar. Podem também pedir a essas crianças para realizarem algumas tarefas e alguns recados: tirar fotocópias, chamar o auxiliar, chamar os colegas ao recreio, ser o responsável por organizar a sala no final do dia... O que se torna importante é que se deixe, sempre que for possível, a criança caminhar e mover-se um pouco dentro da sala de aula (Lopes, 2004).

### **12.4.3. Fixar as regras**

Como no meio familiar, é positivo que se fixem algumas regras para que as crianças saibam quais são as suas tarefas, deveres e obrigações, na escola a premissa é a mesma. Não só para estas crianças mas para toda a turma. O que se torna mais vantajoso ainda é se essas regras estiverem afixadas na parede da sala. Assim, as crianças podem lê-las, a pedido do professor ou por iniciativa própria, e lembrarem-se com mais frequência de as respeitar (Lopes, 2004).

### **12.4.4. Favorecer a autovigilância**

Esta técnica pode ser implementada principalmente com crianças mais velhas ou mais autónomas. Consiste em pedir-lhes que anotem com regularidade as suas atividades para que possam avaliar a sua própria produtividade. Deste modo, poderá medir os seus progressos e incentivar-se a melhorar o seu rendimento (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

### **12.4.5. Recompensas e castigos**

Se as recompensas e os castigos resultam no meio familiar, também resultam na escola. Desta forma, tanto a recompensa como o castigo deve ser imediata, logo após a má ou boa ação. Pode-se utilizar o sistema de pontos. Por cada tarefa bem realizada a criança ganhará um ponto, por cada momento desajustado retirará um ponto aos já acumulados. Posteriormente, esses pontos serão trocados por recompensas já estipuladas anteriormente entre o professor e os alunos. Estas crianças serão motivadas a ganharem pontos, pois quantos mais tiverem mais recompensas ganharão (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

Os castigos poderão ser: deixar de sair no intervalo, tratar da limpeza da sala, deixar de jogar no computador. Por outro lado, os jogos poderão servir também de recompensa, assim como um lanche com o professor, ou sugerir uma atividade divertida para a turma. No entanto, tem de sublinhar-se que a recompensa se deve ao esforço do aluno e não ao resultado dos exames. O

esforço pedido a esses alunos deve, também, ser razoável, proporcional às suas capacidades (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

O professor, na opinião dos autores supracitados, deverá fazer uma avaliação dos problemas que o aluno com PHDA apresenta na sala de aula e poderá delinear estratégias de intervenção precisas e adequadas, como:

#### **12.4.6. Reduzir a quantidade de trabalho e tempo das crianças**

A criança hiperativa desempenha melhor as suas tarefas se forem estipulados prazos para a sua conclusão. Ela prefere que lhe digam “durante quinze minutos vão realizar problemas”, em vez de “vais agora realizar cinco problemas”. Como elas sabem que o tempo vai passar, acabam por se empenhar mais nos problemas do que se soubessem que teriam que resolver cinco problemas e enquanto não os terminassem não mudariam de tarefa. O mesmo se verifica com os trabalhos de casa (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

Um dos grandes problemas de uma criança hiperativa é a sua dificuldade em realizar uma tarefa tão rapidamente como os seus colegas. Por isso, recomenda-se reduzir a sua carga de trabalho sempre em função das suas capacidades sem penalização da sua aprendizagem. Sempre que estas crianças tenham atingido as competências propostas, não é necessário saturá-las com mais exercícios. Dentro da mesma linha, aconselha-se proporcionar a estes alunos períodos de trabalho mais curtos e mais frequentes. Variando as atividades diminui o aborrecimento destes alunos e estimula-se a sua concentração e atenção. Também nunca se deve mandar para casa os trabalhos que não foram completados na sala de aula. Trabalhos da escola fazem-se na escola, trabalhos de casa fazem-se em casa (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

#### **12.4.7. Estimular a concentração**

De acordo com as estatísticas citadas por Falardeau (1997:154), está demonstrado que os estudantes retêm: 10% do que leem; 20% do que ouvem; 30% do que veem; 50% do que veem e ouvem; 70% do que dizem; 90% do que dizem e fazem.

A capacidade de reterem o que leem e ouvem ainda é mais baixa nas crianças com PHDA. Por isso, não se lhes deve dar unicamente explicações e/ou textos para lerem. É necessário propiciar, o máximo possível, atividades de manipulação e de verbalização dos conhecimentos. Nestas atividades, as crianças estão mais concentradas, logo aumentam a sua aprendizagem.

#### **12.4.8. Estimular a autoestima**

Como estas crianças são muitas vezes mal interpretadas e mal compreendidas, têm, geralmente, baixa autoestima. É também, papel do professor suscitar a sua autoestima. Aconselha-se, sempre que haja oportunidade, felicitar estas crianças não só pelos bons resultados que apresentam (que podem não ser muitos), mas também pelas suas qualidades (por ser prestável, por habilidades que tenha, por uma roupa nova que apresente). Pelo contrário, recomenda-se não a humilhar pelas tarefas mal executadas, principalmente perante os colegas da turma. Não se devem evidenciar as suas fraquezas, deve ser felicitada pelas suas qualidades (Lopes, 2004).

Os professores têm um papel muito importante na ajuda a estas crianças, por isso devem, sempre que não seja prejudicial para a turma, ainda de acordo com o autor citado, ignorar ou não reagir emotivamente a cada uma das situações negativas provocadas por estes alunos. Deverão também estar sempre preparados para os comentários ou os comportamentos menos positivos que possam surgir e saber como intervir de imediato.

Sempre que os educadores ou professores destes alunos hiperativos não tenham mais alternativas para lidar com eles e se sintam desafiados, devem pedir ajuda a especialistas (psicólogos, pedagogos, professores especializados), para que possam em conjunto apoiar e intervir da melhor forma possível.

Um dos tratamentos não-medicamentoso para a PHDA, que pode ser feito isoladamente ou em conjunto com medicamentos, é a Reabilitação Cognitiva. Consiste no treino e desenvolvimento da capacidade de atenção por meio de exercícios planeados e hierarquizados. Emprega-se frequentemente

*software* especializado e técnicas de controlo. Para a elaboração destes programas, envolve-se a neuroanatomia, a neurofisiologia, a terapia comportamental e cognitiva e ainda a neuropsicologia (Garcia, 2001).

Já relativamente às intervenções na sala de aula, existe um vasto número de possibilidades, segundo Garcia (2001) e Lopes (2004): mudanças do local onde está sentada a criança (pô-la sozinha numa mesa ou colocá-la junto de uma criança mais sossegada e atenta); terapias de modificação comportamental; metodologias de ensino diversificadas para captar a atenção do aluno com PHDA; programação de atividades extras; proporcionar ambientes calmos e desprovidos de estímulos; recompensar progressos (comportamentos positivos, ficar sentado sossegado durante a refeição). Por vezes estes tratamentos só por via comportamental falham, segundo vários autores porque este tipo de intervenção necessita de muito treino, persistência e grande motivação por parte dos professores e dos pais.

A criança passa a maior parte do seu tempo na escola, onde as regras são um bem essencial para a convivência entre todos na sala e as crianças com hiperatividade têm grandes dificuldades em segui-las bem como manterem-se em atividades dirigidas pelo adulto.

Segundo Garcia (2001:102)

*“...pais e professores devem trabalhar em colaboração e cooperar para fomentar a confiança das crianças, estimular as suas destrezas e as suas capacidades a um ritmo adequado e dispor o ambiente familiar e escolar de modo a tornar mais fáceis os pequenos progressos diários”.*

Segundo a opinião de Falardeau (1999) a “classe ideal para a criança hiperativa” deverá obedecer aos seguintes requisitos: Não mais de oito crianças e nem todas hiperativas, (...); Um educador com experiência neste tipo de crianças; Um assistente treinado e um outro disponível a pedido; Quatro paredes e uma porta; Bom isolamento acústico; Janelas mais altas que a criança mais alta; Linhas desenhadas no soalho indicando o sentido de circulação na aula. (o mesmo no resto da escola); Paredes cobertas com cartazes ilustrando a vida em sociedade, recordando as regras da aula, a vantagem de planear bem, o prazer de se sentir bem consigo. Nada de demasiado excitante nem demasiado neutro; Uma casa de banho ao fundo da

sala; O programa do dia inscrito de forma visível no quadro; As carteiras não muito próximas umas das outras, dispostas de forma que o educador possa estar perto de todas as crianças; Um aparelho Attention Trainer em cada carteira; Uma boa quantidade de fichas na mesa do educador e uma lista de prémios afixada na parede; Uma sala de isolamento ligada à classe; Um computador para cada criança numa secção separada da classe; Uma câmara de observação com espelho especial para que a criança possa ser observada pelos pais ou por especialistas sem perturbar a aula. Também pode ser utilizada quando se quiser que uma criança trabalhe sozinha com um educador; Um canto onde a criança e os educadores se possam sentar à roda para discutir os seus sentimentos e a sua vida em grupo.

Embora se possa considerar que existe uma certa utopia relativamente à concretização de todas estas condições, o que é interessante verificar é que as mesmas apontam para a escola inclusiva.

De acordo com Lorente (2004), os professores têm um papel muito importante na sala de aula. O mesmo autor resume alguns conselhos e atividades que pode tornar útil no desempenho da sua função como docentes, tais como: Utilizar sempre a técnica do sublinhado a cores, de tal modo que a criança se concentre na informação que é mais relevante; Tornar a criança responsável por, por exemplo, comunicar os avisos para fora da sala, de modo a permitir-lhe levantar-se de vez em quando; Atribuir-lhe um lugar tranquilo, longe da janela ou da porta e o mais próximo possível do professor. Isto ajudá-la-á a controlar as suas distrações; Utilizar os auriculares durante as explicações; Dar-lhe ordens simples e breves; Atribuir-lhe uma tarefa, depois de ter cumprido a anterior. Não permitir que fique com “as coisas por fazer”; Senta-la de costas para a turma se a sua capacidade de atenção não melhorar; Seguir de perto o trabalho da criança, quando esta tiver que o fazer sozinha; Alternar o trabalho que deve realizar sentado com outras atividades que lhe permitam levantar-se e mover-se um pouco (recolher o material, distribuir os cadernos, etc.); Permitir-lhe fazer algumas atividades exemplificativas simples, quando estiver a trabalhar tarefas novas, para que se familiarize com elas e perca o medo; Ensinar-lhe a manter “as coisas arrumadas” em cima da sua

mesa; Obriga-la a ter os livros e os cadernos organizados e arrumados nos devidos lugares; Manter um trabalho de tutoria com os pais, de quinze em quinze dias, no mínimo. Explicar-lhes, de forma clara e concisa durante esta tutoria, quais são os problemas de comportamento do seu filho e o que podem eles fazer para os controlar; Informar os pais dos objetivos diários de aprendizagem, de modo a que eles próprios desempenhem o papel de “professor de apoio” à criança; Evitar repreendê-la utilizando os seus próprios termos; Evitar humilhá-la ou fazê-la sentir-se culpada diante dos seus colegas.

### **12.5. Intervenção na PHAD**

Segundo Lopes (2004), não existe cura para a PHDA, uma vez que não se trata de uma doença nem de uma situação patológica. Deste modo, deve lidar-se o melhor possível com a situação e procurar mantê-la dentro dos limites que não sejam gravosos para a criança e para os que com ela convivem.

Neste ponto abordamos a intervenção mais adequada: a medicação (os resultados são mais imediatos), as intervenções psicopedagógicas e as intervenções cognitivo-comportamentais.

Antes de partir para os tratamentos, principalmente os medicamentosos, é muito importante que o diagnóstico e a avaliação tenham sido efetuados por especialistas e que se tenha chegado a uma conclusão realista, tal como já referenciado (Parker, 2003).

É de referir também que, quando as intervenções são realizadas em vários contextos (escola, casa, sociedade, psicólogos), a eficácia do tratamento sai reforçada.

Para atender estas crianças de uma forma adequada têm sido realizadas, nos últimos anos, várias investigações com o intuito de entender quais as formas de intervenção mais apropriadas. A inexistência de cura para os indivíduos que possuem esta patologia induz à procura de formas e estratégias para se lidar com as situações que estes provoquem e procurar mantê-las dentro de limites que não se revelem gravosos para o próprio indivíduo e para com os que com ela vivem (Lopes, 2004).

O tratamento de uma criança com PHDA deve ser ponderado após uma avaliação completa realizada por especialistas e com a certeza do seu diagnóstico. Não deverá ser usado apenas porque a criança é agitada ou adota um comportamento irrefletido (Falardeau, 1997). Segundo Antunes (2009), o tratamento global de uma criança com PHDA envolve a maioria das vezes a combinação de intervenções comportamentais e farmacológicas. Para além disso impõe a participação de todas as pessoas que estão em maior contacto com estas crianças para, através de um maior envolvimento e participação de todos, entender a criança e proporcionar-lhe melhores momentos ao longo do seu crescimento. A intervenção adequada e seleccionada pelo especialista assume um papel relevante dado que, poderá permitir a esta criança obter um maior controlo sobre si mesmo, aprendendo a valorizar-se e a reagir da melhor forma às situações que enfrenta no seu dia-a-dia.

### **13. Algumas Propostas de Atividades com PHDA**

Segundo Sosin (2006), os alunos hiperativos têm dificuldade em se concentrar e dificilmente se interessam por atividades pedagógicas tradicionais e sedentárias. Desta forma, o autor seleciona algumas atividades que são divertidas e ao mesmo tempo exigem atenção e concentração, jogos de competição em grupo que são altamente motivadores e socializadores. Sugere também que os professores recorram à multimédia (TV, DVD e computador), onde os alunos possam desenvolver cognitivamente brincando.

#### **13.1. Quebra-Cabeças**

O quebra-cabeças é um tipo de brinquedo que desafia a inteligência da criança. O interesse que desperta pode estar relacionado ao grau de atração e o de dificuldade que ele apresenta: se for fácil demais, não constituirá desafios, mas também, se for difícil demais, provocará desistência em vez de motivação. Esta atividade estimula o pensamento lógico, composição e decomposição de figuras, discriminação visual, atenção e concentração.

### **13.2. Jogo da Memória**

Pensamento e inteligência são sinónimos, pois o pensamento representa o uso ativo da inteligência. A fonte da inteligência é a experiência, que provoca o funcionamento do pensamento em seu nível mais alto. A aprendizagem só acontece se a criança tiver mecanismos por meio dos quais possa relacionar as informações.

Todas as características da inteligência humana vêm à tona através do processo de desenvolvimento.

O jogo da memória estimula o pensamento, memorização, identificação de figuras, estabelecimento do conceito de igual e diferente e orientação espacial.

Quando o ambiente da escola é estimulante, faz surgir interesses que irão gerar energia para que sejam perseguidos. As brincadeiras de “adivinhar” são muito estimulantes porque constituem desafio explícito. Se forem bem conduzidas, levarão as crianças a descobrirem que poderão alcançar melhores resultados se fizerem perguntas mais objetivas. Isso pode ser feito também, limitando-se o número de perguntas que cada criança ou grupo pode fazer para chegar à resposta correta.

Este jogo estimula o pensamento lógico, dedução, reconhecimento do todo através de uma parte, atenção e observação, nomeação e discriminação visual.

### **13.3. Jogo de Associação**

Sendo a linguagem um sistema de símbolos, ela deve ser sempre associada à experiência direta. O vocabulário e os conceitos devem ser introduzidos sempre através de atividades concretas, desenvolvidas pelas crianças, para que tenham real significado.

Estimula o pensamento, associação de ideias, linguagem verbal, criatividade, atenção e concentração e percepção visual.

### **13.4. Exercícios de Relaxamento**

O relaxamento, estado incompatível com a excitação, está indicado nos casos de hiperatividade. Como comportamento alternativo à tensão muscular, recomenda-se que seja ensinado ao aluno a forma como este deve controlar os músculos, de modo a que a uma maior relaxação corresponda uma menor hiperatividade. Este tipo de treino é difícil de realizar na sala de aula, pelo que é conveniente contar com a colaboração do professor de atividade física e dos pais. Este treino é valorizado por Vallet (1980), citado por García (1999), no livro “*hiperatividade*”, onde apresenta um plano de treino.

Todo tipo de desportos são bons para hiperativos, principalmente os coletivos, que não só ajudam a gastar a energia, como ensinam a obedecer a regras.

### **13.5. Brinquedos e Livros**

Os brinquedos recomendados são os que prendam a atenção e exercícios que ajudam na coordenação motora ajudam na memória e na hiperatividade.

O tempo em frente aos jogos de computador deve ser limitado. Como é excitante, os hiperativos podem passar mais tempo a jogar e não se dedicam às outras atividades.

Para incentivar a leitura, os pais e professores devem preferir livros com letras grandes, frases curtas, muitas figuras, histórias curtas e interessantes.

## **PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Segundo Quivy e Campenhout (2005), uma investigação é algo que se procura conhecer, tendo como preocupação inicial eleger o objeto de estudo e delimitar, tanto quanto possível, a problemática a estudar. O investigador deve estabelecer um fio condutor tão claro quanto realizável de modo a que o seu trabalho se possa iniciar e estruturar com coerência.

O problema a investigar representa o ponto de partida da pesquisa e para o qual se vai procurar encontrar resposta. Um problema de investigação deve constituir uma questão formulada claramente e sem ambiguidades, para que seja facilmente inteligível e admita somente uma interpretação. O investigador ao formular a questão deve assegurar-se que ela é exequível, isto é viável dentro das possibilidades que reúne no momento. Para Quivy e Campenhout (2005), uma boa pergunta de partida deve ser clara, precisa concisa e unívoca para que possa ser facilmente compreendida, devendo também ser pertinente, ou seja, adequada ao fim em vista.

A PHDA é uma perturbação concebida como um estado de mobilidade quase permanente, desde as primeiras idades, manifestando-se em todos os campos. Não se trata exclusivamente de uma hiperatividade motora, pode estar associada à hiperatividade verbal e acontece aparecerem perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade (Lopes, 2004).

A falta de atenção é outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome, bem como a irritabilidade e impulsividade. Caracteriza-se também por comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental que, alguns autores, descrevem com o nome de “desobediência patológica”, entendida como incompreensão de ordens, repetição do erro e incompreensão perante o castigo (Polis, 2008).

Os alunos com PHDA têm bastantes dificuldades de atenção e de concentração.

Por essa razão, têm uma forte probabilidade de apresentarem problemas de aprendizagem escolar, assim como têm também bastantes probabilidades em se desmotivarem com frequência (Garcia, 2001). No entanto, se houver, por parte dos professores do Ensino Regular uma preocupação em alterarem as suas práticas pedagógicas, ajustando-as a estes

alunos, dispensando-lhes um pouco do seu tempo, poder-se-á conseguir levá-los a alcançar o sucesso escolar por mérito e não transitá-los de ano.

Assim, qualquer professor deve saber avaliar e desenvolver as suas práticas à medida que reflete sozinho ou em conjunto “na ação e sobre a ação”, acerca de tudo o que possa modelar as suas experiências profissionais e pessoais. Se se quer um verdadeiro desenvolvimento dos professores e uma escola inclusiva, fiel aos seus princípios originais de “escola de e para todos”, tem de se apostar na formação reflexiva os mesmos que levará à mudança educacional, à otimização da qualidade de ensino e ao desenvolvimento de novas práticas educativas que resultem numa maior igualdade e justiça social.

Perante o exposto na revisão da literatura e face à experiência prática acumulada, formulam-se a seguinte questão de investigação:

**- Quais as atitudes dos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, face a alunos com PHDA?**

Pretende-se que esta investigação seja um contributo para o aprofundamento dos conceitos teóricos e de melhores práticas no atendimento dos alunos com PHDA e na valorização da Escola Inclusiva.

## **1. Objetivos**

Este estudo é importante porque atualmente deparamo-nos com um aumento de casos de crianças portadoras de PHDA nas escolas. Logo, é extremamente importante que estejamos informados acerca desta problemática para que possamos agir de forma mais consciente e eficaz.

Os docentes devem contribuir para o corpo de conhecimento científico sobre a sua prática, com vista ao desenvolvimento de um ambiente educativo favorável à integração e à socialização destes alunos.

Esta investigação pretende realçar, de acordo com a opinião dos professores estratégias mais eficazes para intervir com estas crianças.

A contextualização e definição dos objetivos de trabalho são, na opinião de Bell (2004), fundamentais na elaboração de investigações. Assim, estruturámos como objetivo principal é qual a atitude dos professores do 2º ciclo do Ensino Básico face a alunos com PHDA, concentremo-nos também

noutros aspetos fundamentais que constituem os nossos objetivos específicos para este estudo:

Perceber qual o nível de conhecimento que os professores detêm sobre a PHDA e as características dos alunos com esta perturbação:

- Entender se a formação dos professores ou a sua experiência são importantes para esse mesmo conhecimento;
- Verificar se os professores conhecem as características da PHDA e quais as que, segundo a sua opinião, são mais perturbadoras para o processo de ensino e aprendizagem;
- Verificar qual a forma de intervenção/ estratégia considerada mais benéfica para as crianças com PHDA;
- Contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e de melhores práticas no atendimento dos alunos com PHDA e na valorização da Escola Inclusiva.

## **2. Hipóteses**

Os estudos que utilizam o teste de hipóteses procuram, geralmente, explicar a natureza de certas relações (Tuckman, 2002). Esta é a razão pela qual este estudo se baseia fortemente num método quantitativo, pois, uma abordagem qualitativa não suportaria o teste de hipóteses.

As hipóteses podem ser definidas como uma relação lógica obtida através da relação conjeturada entre duas ou mais variáveis expressas sob a forma de afirmação testável. As relações são conjeturadas com base na rede de associações estabelecidas no quadro teórico conceptual formulado para o estudo da pesquisa. Testando as hipóteses e confirmando as relações conjeturadas, espera-se que seja possível encontrar soluções para corrigir o problema (Tuckman, 2002).

Tendo em conta as questões de investigação e os objetivos delineados, bem como as variáveis em estudo (variável dependente: atitude dos professores do 2º ciclo, com alunos com PHDA; e as variáveis independentes: sexo, idade, formação académica, tempo de serviço, experiência de trabalho

com alunos com PHDA), formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – Os professores demonstram conhecimento acerca da PHDA.

Hipótese 2 – Os professores identificam as características dos alunos com PHDA.

Hipótese 3 – Os docentes compreendem que a formação é essencial no auxílio a alunos com PHDA.

Hipótese 4 – Os professores compreendem a importância da intervenção/estratégias preventivas para promover uma maior inclusão para as crianças PHDA.

Hipótese 5 – Os docentes empregam estratégias de intervenção perante o comportamento do aluno com PHDA na sala de aula.

Hipótese 6 – Os docentes utilizam estratégias de intervenção para serem usadas na sala de aula.

### **3. Instrumentos e Procedimentos**

Segundo Tuckman (2000) questionário é um instrumento que permite transformar em dados a informação ou conhecimentos dos sujeitos alvo do estudo, relativos a sua situação profissional, social ou familiar, as suas opiniões e o acontecimento ou de um problema, ou de qualquer outro ponto de interesse para o investigador. Também segundo Fortin (2009:249), o questionário é um instrumento de medida que “ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa, havendo um melhor controlo dos enviesamentos”.

Segundo Tuckman (2000), este instrumento apresenta como limitações o facto de o material recolhido ser superficial, limitar os tipos de perguntas a formular. Referencia como muito positivo o facto de garantir o anonimato dos sujeitos, o que assegura uma maior credibilidade dos dados recolhidos, já que reduz o nível de constrangimento que o sujeito possa sentir ao abordar determinadas questões.

Após a autorização do Agrupamento de Escolas Abade Baçal (Anexo 2), os questionários foram entregues. Este processo foi mediado pela direção da escola e todos os dados recolhidos foram anónimos, não vindo os respondentes a ser identificados.

Assim sendo, este questionário (Anexo I) é constituído por quatro partes, sendo que a primeira está relacionada com os elementos caracterizadores da amostra e a segunda diz respeito ao conhecimento dos professores acerca da PHDA e das características que os alunos com esta perturbação apresentam e a importância da formação dos professores, acerca da PHDA. A terceira parte refere as estratégias preventivas, na escola e na sala de aula que promovem uma maior inclusão das crianças com PHDA e por último quarta parte está ligada às estratégias que poderão ser utilizadas na sala de aula com alunos com PHDA para colmatar as necessidades destas crianças.

Após a colheita de dados, efetuou-se a primeira análise a todos os instrumentos de colheita de dados, com o intuito de eliminar os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. De seguida, foi elaborada a base de dados, permitindo desta forma a codificação e preparação do tratamento estatístico. No processamento da informação utilizou-se como ferramenta informática, o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0.

#### **4. Caracterização da amostra**

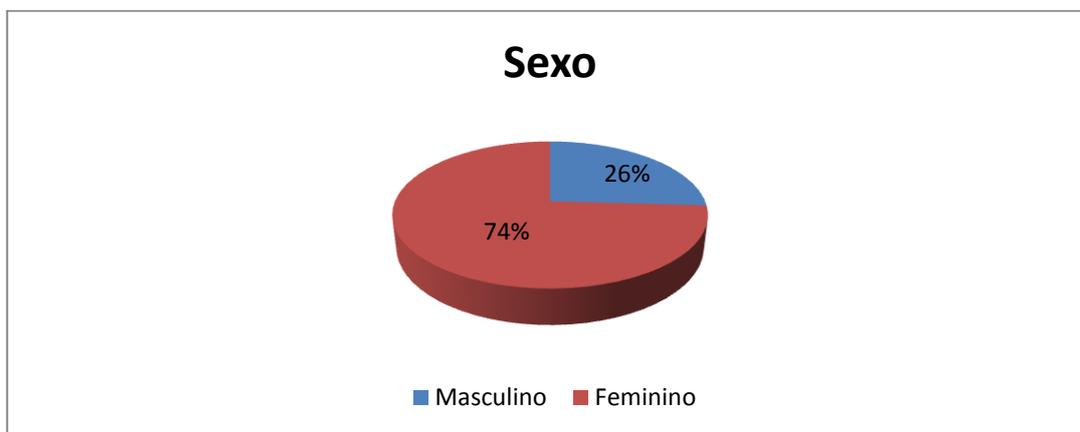
A amostra deste estudo é constituída por de 53 professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, no Agrupamento de Escolas Abade de Baçal, na Escola Básica 2,3 Augusto Moreno.

A descrição da amostra faculta uma ideia sobre as limitações de eventual generalização dos resultados. “As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção” (Vaz Freixo, 2011:183). Seguiu-se o tipo de amostra não probabilística acidental, uma vez que é constituída por professores facilmente acessíveis e presentes nos dias destinados à recolha de dados.

De seguida apresenta-se a caracterização dos sujeitos da amostra, tendo em conta o género, a idade, a formação académica, tempo de serviço e se já teve ou tem contato com alunos com PHDA.

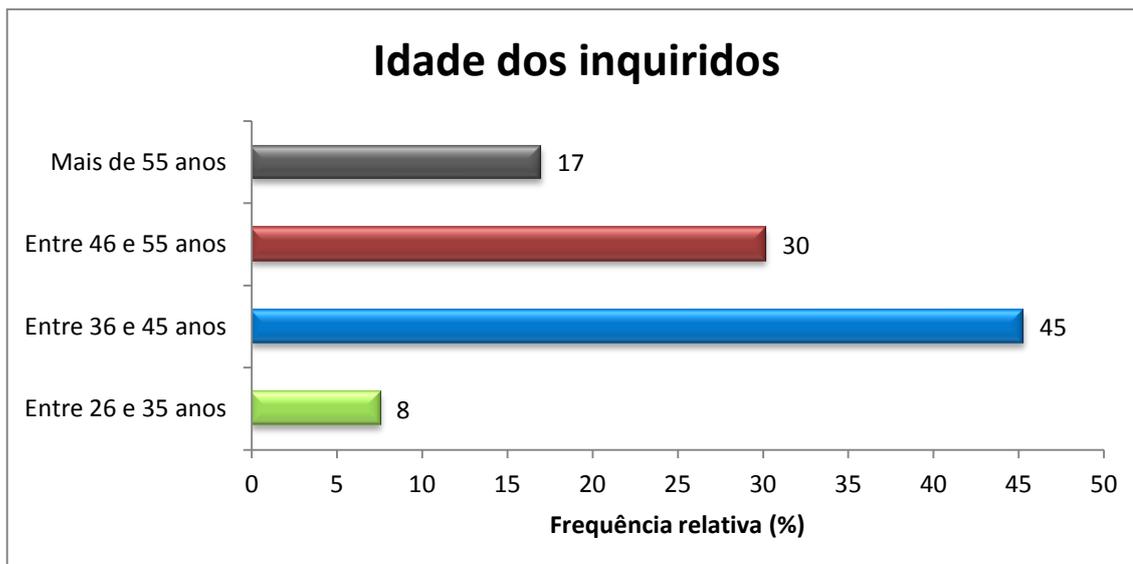
#### 4.1. Caracterização dos sujeitos da amostra

No que se refere ao género, verificou-se que 74,0% da amostra são do género feminino e 26,0% do género masculino. (Gráfico 1).



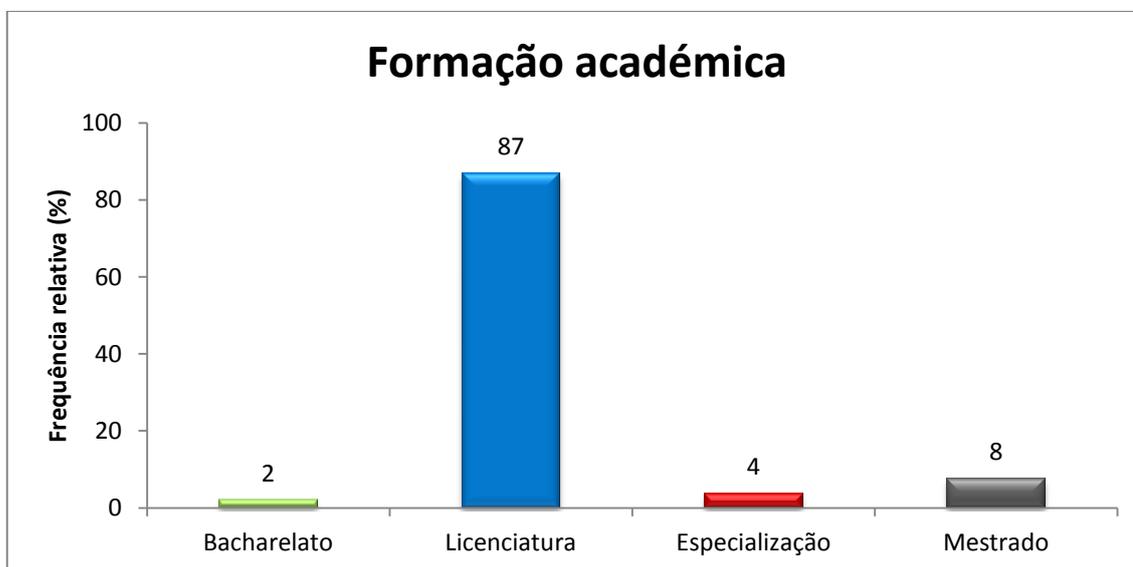
**Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com o sexo**

Analisando o Gráfico 2, a faixa etária predominante é dos 36 a 45 anos com 45% dos inquiridos, seguindo-se 46 a 55 anos com 30% de inquiridos. Há ainda 17% com mais de 55 anos e apenas 8% dos professores inquiridos têm menos de 36 anos.



**Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária**

No que concerne à formação académica, gráfico 3, a grande maioria dos professores são licenciados (87%), apenas 2% possuem bacharelato, 4% especialização e 8% têm mestrado.



**Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com a formação académica**

O tempo de serviço predominante é mais de 25 anos (43%), seguindo-se com 34% tempo de serviço entre 6 e 15 anos. Apenas 2% têm menos de 5 anos de serviço e os restantes 21% têm entre 16 a 25 anos de tempo de serviço (gráfico 4).

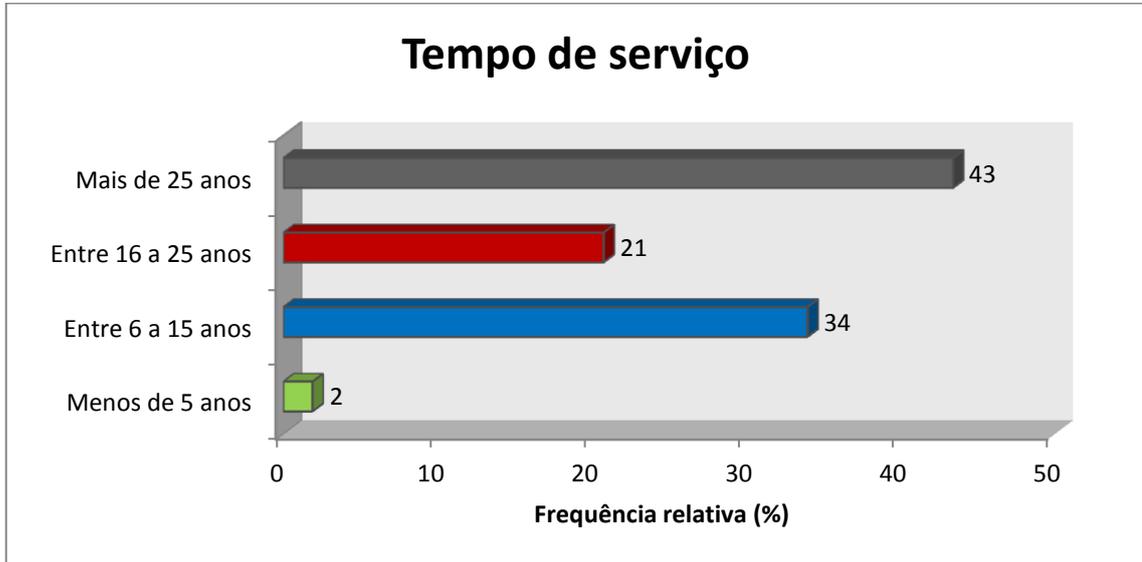


Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de serviço (em anos)

No gráfico 5 apresentamos a caracterização dos professores inquiridos no que toca ao contacto com alunos NEE e PHDA, sendo que 87% já teve contacto com os primeiros, e 77% já tem contacto com PHDA.

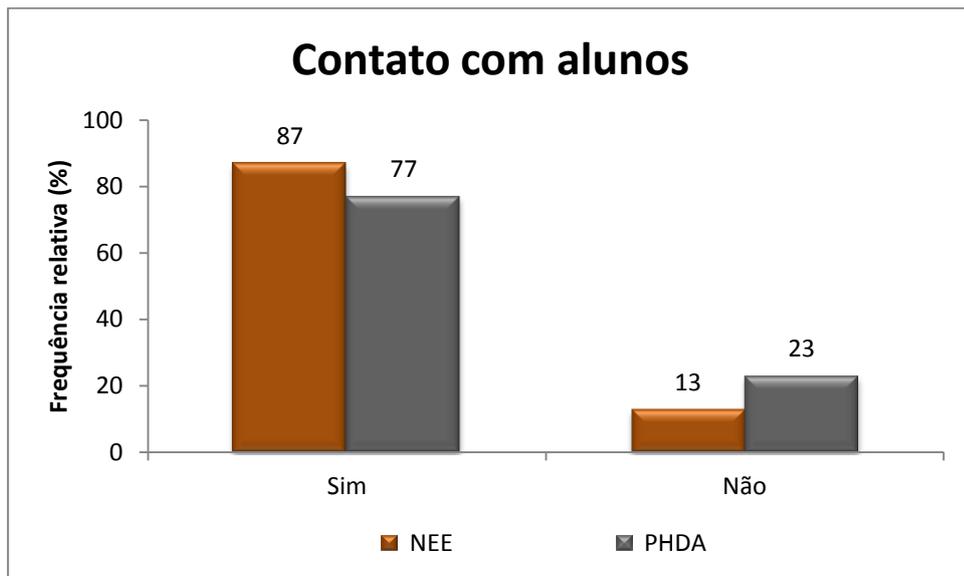


Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o contato com alunos NEE e PHDA

## 5. Apresentação e discussão dos resultados

O presente capítulo consiste na apresentação, análise e discussão dos resultados, tendo em consideração todos os aspetos da investigação: o problema em estudo, os objetivos e as hipóteses de investigação, bem como o enquadramento teórico.

Na opinião de Marconi e Lakatos (2003), a discussão dos resultados é o exame, a argumentação e a explicação, onde se discute, fundamenta e enunciam as proposições, considerando também o núcleo da investigação. Esta análise e discussão de resultados tiveram como base a análise quantitativa dos questionários respondidos pelos docentes.

Foram elaborados quadros de análise dos resultados obtidos nos questionários, apresentando os valores absolutos e as respetivas percentagens das respostas, por forma a retirar um conjunto de informações que permitissem estabelecer indicadores.

### 5.1. Descrição dos resultados

Transporemos então a descrever os resultados obtidos seguindo a ordem das questões apresentadas no questionário.

- **Conhecimento acerca da PHDA**

Relativamente ao conhecimento que os professores da amostra detêm sobre a PHDA, apresentamos na tabela 1 as frequências absolutas e relativas num conjunto de sete questões. Em cada uma delas está indicada qual a resposta correta (sim ou não).

A primeira afirmação foi a que repartiu mais a opinião dos professores, esperando-se como resposta correta não. No entanto, registou-se a mesma percentagem de respostas corretas e incorretas e ainda cerca de 13% que não sabe.

A maioria dos professores inquiridos sabe que a PHDA é uma das perturbações infantis mais comuns, pois há 60,4% de respostas corretas, 26,4% de respostas incorretas e 13% de professores que não sabem.

Quanto ao saber que esta perturbação se pode prolongar até à idade adulta, a maioria dos professores responde corretamente, mas há cerca de 19% que não sabe e 7,5% que respondeu de forma incorreta.

Mais de 90% dos inquiridos sabe que a PHDA consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade.

Uma das principais causas desta perturbação é neurológica e nesta amostra 56,6% dos professores inquiridos têm conhecimento disso, mas 35,8% dos professores respondeu que não sabe.

A maioria dos professores inquiridos não sabe que esta perturbação não tem maior predominância no sexo feminino.

Quanto à influência da visualização superior a três horas diárias de televisão no agravamento da PHDA, 32% responde incorretamente, isto é, acha que essa influência é real, quando na verdade não é. Deste modo, apenas 26% acertaram na resposta e 41,5% respondeu que não sabia.

A PHDA é:	Sim	Não	Não sei
Uma perturbação temporária característica da infância e juventude (não)	23 (43,4%)	23 (43,4%)	7 (13,2%)
Uma das perturbações infantis mais comuns (sim)	32 (60,4%)	14 (26,4%)	7 (13,2%)
Uma perturbação que se pode verificar em pessoas adultas (sim)	39 (73,6%)	4 (7,5%)	10 (18,9%)
Uma perturbação que consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade (sim)	48 (90,6%)	1 (1,9%)	4 (7,5%)
Uma perturbação cuja principal causa é neurológica (sim)	30 (56,6%)	4 (7,5%)	19 (35,8%)
Tem maior prevalência no sexo feminino (não)	18 (34,0%)	2 (3,8%)	33 (62,3%)
Agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão (não)	14 (26,4%)	17 (32,1%)	22 (41,5%)

**Tabela 1. Conhecimento acerca da PHDA**

- **Caraterísticas dos alunos com PHDA**

No que respeita ao conhecimento das caraterísticas dos alunos com PHDA os professores foram acareados com 18 afirmações, para as quais tinham que concordar (sim), discordar (não) ou não sabe. Mais uma vez, em cada uma delas há uma resposta correta, que passamos a apresentar na tabela 2.

O aluno com PHDA:		Resposta correta
2.1.	...tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração	Sim
2.2	...com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente	Sim
2.3	...tem dificuldade em filtrar a informação, não distinguindo o importante do irrelevante	Sim
2.4	...segue com facilidade as regras da sala de aula	Não
2.5	... segue instruções com facilidade	Não
2.6	... organiza com facilidade as suas tarefas e atividades escolares	Não
2.7	... frequentemente termina os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado	Não
2.8	...frequentemente procura envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa)	Não
2.9	... é mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata	Sim
2.10	... muitas vezes apresenta dificuldades de aprendizagem	Sim
2.11	... com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado	Sim
2.12	... com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	Sim
2.13	... com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula	Sim
2.14	... apresenta dificuldades em conter as suas respostas e pensar antes de agir	Sim
2.15	... frequentemente espera pela sua vez para intervir	Não
2.16	... distrai-se muitas vezes com estímulos irrelevantes	Sim

2.17	... com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (intromete-se nas conversas ou jogos)	Sim
2.18	... relaciona-se facilmente com os colegas	Não

**Tabela 2. Respostas corretas no conhecimento das características dos alunos com PHDA**

No gráfico 6 apresentamos as frequências relativas (%) de respostas corretas, incorretas e não sabe, nas questões relativas às características dos alunos com PHDA. Da sua análise, constata-se que a % de respostas corretas é sempre superior a 66%, sendo este o valor mínimo registado, nas questões “tem dificuldade em filtrar a informação, não distinguindo o importante do irrelevante” e “relaciona-se facilmente com os colegas”.

Há dez questões com percentagens de respostas corretas superiores a 90%, mas apenas uma teve 100% de respostas corretas “tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração”.

A percentagem de respostas na categoria não sabe, varia entre zero “tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração” e 15% “apresenta dificuldades em conter as suas respostas e pensar antes de agir” e “relaciona-se facilmente com os colegas”.

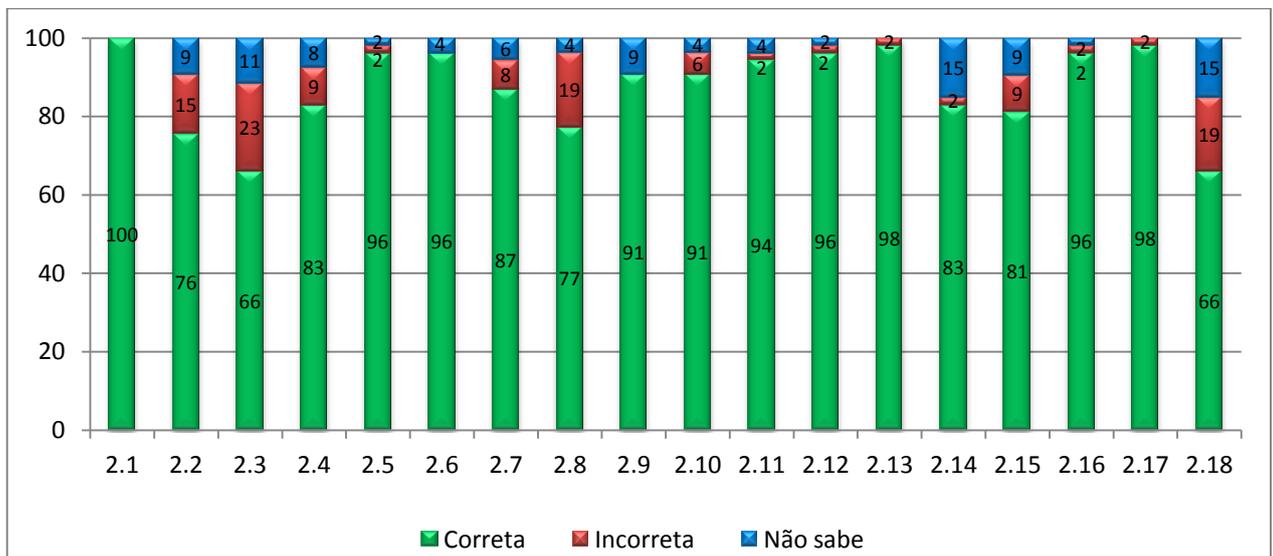
Maioritariamente os professores responderam corretamente às questões levantadas. Em que 100% afirma que os alunos com PHDA “têm dificuldade em manter a sua atenção e concentração”, 96% concorda que estes se “distraem muitas vezes com estímulos irrelevantes”, 96% respondeu que não “organizam com facilidade as suas tarefas e atividades escolares” e 87% não está de acordo que os alunos com PHDA “frequentemente terminam os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado”.

É de realçar que 83% dos inquiridos compreende que os alunos em questão não “seguem com facilidade as regras da sala de aula” nem “seguem instruções com facilidade” tendo 96%.

Também 91% afirmam que o aluno com esta perturbação “é mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata”, bem como assegura que “com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”. Para além disso 83% refere que este

“apresenta dificuldade em conter as suas respostas e pensar antes de agir” e “com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros”. Similarmente 90% dos docentes acredita que o aluno com PHDA “movimenta com frequência as mãos e os pés, move-se quando está sentado”, 89% defende que “com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula” e nega que “frequentemente o aluno espera pela sua vez para intervir”. Saliente-se ainda que 86% corroboram com a afirmação de que os discentes com PHDA “com frequência parecem não ouvir quando se lhe dirigem diretamente” e entendem também que estes não “procuram envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido”. Por fim, 76% acredita que “muitas vezes estes alunos apresentam dificuldades de aprendizagem”.

No entanto, ao contrário dos itens anteriormente expostos, dois suscitaram algumas dúvidas, nomeadamente os itens “relaciona-se facilmente com os colegas” e “tem dificuldade em filtrar a informação distinguindo o importante do relevante”.



**Gráfico 6. Frequência relativa das respostas corretas, incorretas e não sabe nas questões relacionadas com as características dos alunos com PHDA**

- **Importância da formação**

Na tabela 3 apresentamos a opinião dos professores expressa por sim, não ou não sabe, acerca da importância da formação dos professores. Quando inquiridos sobre a preparação que a formação inicial dá para lidar com alunos PHDA é bem evidente que a larga maioria considera que não, apenas 13,2% dos professores inquiridos considera que sim e há 2 que não sabem. Nas três restantes questões mais de 80% opina favoravelmente, isto é, professores com formação especializada em PHDA detetam mais sinais, estão mais aptos a trabalhar com esses alunos e a busca contínua de formação nessa área faz com que o auxílio que prestam a estas crianças seja melhor.

	Sim	Não	Não sabe
A formação inicial dos professores do ensino regular é adequada para trabalhar com alunos com PHDA	7 (13,2%)	<b>44 (83%)</b>	2 (3,8%)
A formação especializada em PHDA permite ao professor atentar a sinais que comumente passam despercebidos em contexto de sala de aula	<b>43 (81,1%)</b>	4 (7,5%)	6 (11,3%)
Professores com formação especializada em PHDA apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que o professor do ensino regular	<b>44 (83,0%)</b>	4 (7,5%)	5 (9,4%)
A contínua busca de formação na área da PHDA é fundamental para que o professor possa auxiliar os alunos com esta perturbação	<b>44 (83,0%)</b>	4 (7,5%)	5 (9,4%)

**Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a importância da formação dos professores**

- **Organização do espaço de sala de aula**

No que concerne à organização do espaço de sala de aula, elaboraram-se seis afirmações, e foi pedido aos professores que indicassem a frequência com que ocorrem usando para tal uma escala tipo likert com quatro possibilidades de resposta: Nunca, às vezes, muitas vezes e sempre. As frequências absolutas e relativas são apresentadas na tabela 4.

Na amostra inquirida, 42% refere que o aluno com PHDA deve estar” sempre sentado o mais possível do professor”, 17% respondeu muitas vezes, 38% às vezes e 4% acha que isso não deve acontecer.

Quanto ao aluno com PHDA estar isolado das outras crianças a grande maioria dos professores inquiridos opina que isso nunca deve acontecer; 23% responde às vezes e 6% muitas vezes.

No que se refere à mesa do aluno estar distanciada das demais, 60% responde isso nunca deve acontecer, há 36% que responde às vezes, 2% responde que isso acontece muitas vezes e para 2% sempre.

A maioria dos inquiridos opinam que muitas vezes ou sempre o aluno com PHDA está sentado longe de locais que lhe diminuam a atenção como janelas ou portas. Mas, há 19% que nunca o fazem e 26% referem só às vezes.

Quanto à existência de dois espaços na sala de aula, um para trabalhar sozinho e outro em grupo 28% dos professores inquiridos refere que isso nunca acontece e para 45% acontece às vezes. Apenas 11% indica que esta prática deveria acontecer sempre.

\Por último, a organização da mesa de trabalho organizada apenas com o necessário para realizar a atividade para 36% deve acontecer às vezes, e 38% responde sempre.

	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
O aluno encontra-se sentado o mais perto possível do professor	2 (4%)	20 (38%)	9 (17%)	<b>22 (42%)</b>
O aluno é isolado das outras crianças	<b>38 (71%)</b>	12 (23%)	3 (6%)	0
A carteira do alunos está distanciada das demais	<b>32 (60%)</b>	19 (36%)	1 (2%)	1 (2%)
O aluno está sentado longe de locais que lhe diminuem atenção como janelas ou portas	10 (19%)	14 (26%)	7 (13%)	<b>22 (42%)</b>
Há dois espaços na sala de aula, um para trabalhar sozinho e outro para trabalhar em grupo	15 (28%)	<b>24 (45%)</b>	8 (15%)	6 (11%)
A sua mesa está organizada e tem apenas o necessário para realizar a atividade	2 (4%)	<b>19 (36%)</b>	12 (23%)	<b>20 (38%)</b>

**Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com a organização do espaço de sala aula**

- **Estratégias de intervenção perante comportamento desadequado do aluno com PHDA na sala de aula**

Perante um mau comportamento na sala de aula o aluno deve ser sempre repreendido e retomar a atividade para 38% dos professores, e 32% refere que isso deve acontecer muitas vezes. Mas, para 5% isso nunca deve acontecer e para 21% às vezes.

A punição de um mau comportamento obrigando o aluno a ser o último a sair da sala deve acontecer às vezes para 77% dos professores inquiridos, 15% muitas vezes, 4% sempre e 4% nunca.

A convocação do encarregado de educação devido a mau comportamento continuado é defendida por 66% dos professores, 26% responde muitas vezes, 6% às vezes e para 2% nunca.

Quando o mau comportamento provoca danos o aluno deve ser sempre incitado a assumi-los para 36% dos professores, 9% responde muitas vezes, 53% às vezes e 2% nunca.

A realização de trabalhos de índole pedagógica como castigo pelo mau comportamento, é defendida sempre por 19% dos professores, muitas vezes reuniu 9% das opiniões, às vezes 53% e nunca 2%.

O uso condicionado de determinados materiais e equipamentos é uma das estratégias com mais opiniões favoráveis, pois 13% responderam sempre e 51% muitas vezes.

Já ao afastamento momentâneo do aluno com PHDA é das estratégias menos usadas, pois a maioria dos professores inquiridos respondeu nunca ou às vezes.

Verificando-se a existência de:	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
... mau comportamento o aluno é repreendido retomando novamente a sua atividade	5 (9%)	11 (21%)	17 (32%)	<b>20 (38%)</b>
... mau comportamento o aluno é o último a sair da sala de aula	2 (4%)	<b>41 (77%)</b>	8 (15%)	2 (4%)
... mau comportamento continuado o encarregado de educação é convocado à escola	1(2%)	3 (6%)	14 (26%)	<b>35 (66%)</b>
... danos causados devido a mau comportamento o aluno é incitado a reparar o dano causado	1 (2%)	<b>28 (53%)</b>	5 (9%)	19 (36%)
... mau comportamento o aluno realiza trabalhos de natureza pedagógica	1 (2%)	<b>28 (53%)</b>	14 (26%)	10 (19%)

... mau comportamento o aluno é condicionado na utilização de certos materiais e equipamentos	7 (13%)	12 (23%)	<b>27 (51%)</b>	7 (13%)
... mau comportamento o aluno com PHDA é afastado por alguns momentos da turma	12 (23%)	<b>30 (57%)</b>	7 (13%)	4 (8%)

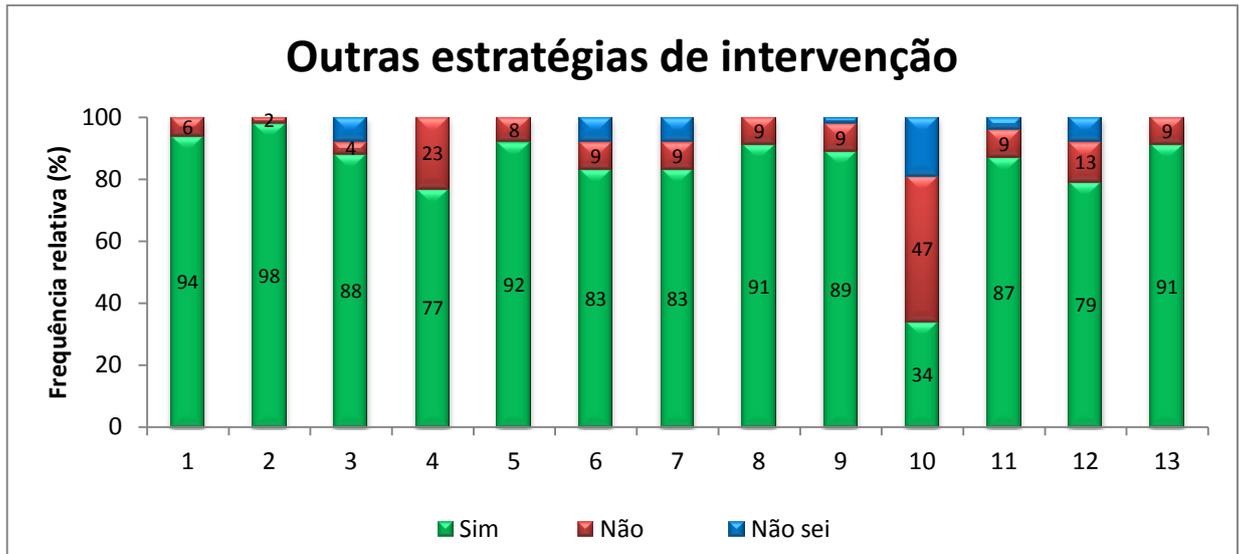
**Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com as estratégias de intervenção perante o comportamento inadequado**

Na categoria IV do nosso questionário, incidimos também na intervenção escolar no que se refere às estratégias que poderão ser utilizadas para tornar a aprendizagem mais apelativa e interessante, com o intuito de gerar bons resultados escolares. Procuramos então entender se os docentes indicam que as estratégias colocadas no questionário são adequadas para alunos com PHDA.

No gráfico 7 apresentamos outras estratégias de intervenção tidas como válidas perante alunos com PHDA.

A maioria dos professores inquiridos manifestou concordância com o uso de 12 das 13 estratégias, e com percentagens superiores a 75%. A única estratégia que levantou algumas dúvidas foi “recompensas materiais (comestíveis, não comestíveis) por apresentar um comportamento adequado”, com apenas 34% concordância, 47% de discordância e 19% de respostas “não sei”.

Valores percentuais de concordância superiores a 90% foram obtidos nas seguintes estratégias: “intercalar uma tarefa difícil com uma tarefa fácil”; “tarefas curtas bem definidas e sequencializadas”; “desenvolver uma aprendizagem ativa e cooperativa”; “adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula”; “organização de uma folha de registo para anotar os progressos dos alunos”.



**Gráfico 7. Opinião dos professores sobre o recurso a outras estratégias de intervenção**

Legenda: 1 – intercalar uma tarefa difícil com uma tarefa fácil; 2 – Tarefas curtas bem definidas e bem sequencializadas; 3 – regras de sala de aula identificadas e afixadas na sala de aula e na mesa do aluno; 4 – estabelecer uma rotina diária; 5 – Desenvolver uma aprendizagem ativa e cooperativa; 6 – escolher um colega de estudo para o ajudar na escola; 7 – supervisão frequente do trabalho por parte do professor; 8 – adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula; 9 – recompensas sociais (atenção, louvores, afetos) por apresentar um comportamento adequado; 10 – recompensas materiais (comestíveis ou não comestíveis) por apresentar um comportamento adequado; 11 – estratégias de controlo de comportamento (se terminar o trabalho poderá ter tempo livre; 12 – sistema de recompensas por pontos ou senhas; 13 – organização de uma folha de registos para anotar os progressos dos alunos

## 6. Discussão dos resultados

Neste ponto faremos a discussão dos resultados, de acordo com os objetivos e relacionando as hipóteses inicialmente estabelecidas para este estudo.

O estudo desenvolvido permitiu uma reflexão sobre esta problemática da inclusão dos alunos hiperativos na sala de aula e a atitude dos professores perante estes alunos, identificando desta forma o problema/obstáculos com que os professores se deparam.

Tendo em conta o objeto em estudo e após a análise dos 53 questionários realizados aos professores do 2ºciclo, cujas respostas permitiram uma análise cuidadosa, podemos agora refletir e obter alguns resultados.

De acordo com os objetivos do nosso trabalho e perante o quadro conceptual de uma criança com PHDA apresenta, após a revisão bibliográfica efetuada, concluímos que o professor perante este quadro deve evitar atitudes de punição que diminuam a autoestima e a incompreensão. Deve sim ajudá-la a organizar-se, criando rotinas e reforçando os comportamentos positivos. Deve haver firmeza nas atitudes e ser acompanhada de afetividade.

A criança precisa de compreender que a sua atitude foi incorreta e como pode melhorar. É fundamental que não se esteja constantemente a chamar a atenção para os comportamentos negativos, mas que se reforcem sempre que possível os positivos.

(notícias magazine, Outubro de 2004, Luís Castro)

De acordo com o segundo objetivo, o nosso estudo verifica que os professores do 1º Ciclo que já trabalharam com crianças hiperativas têm uma atitude menos favorável face a estas crianças do que aqueles que não trabalharam.

É fundamental que os professores adquiram uma atitude favorável em relação à inclusão das crianças com PHDA

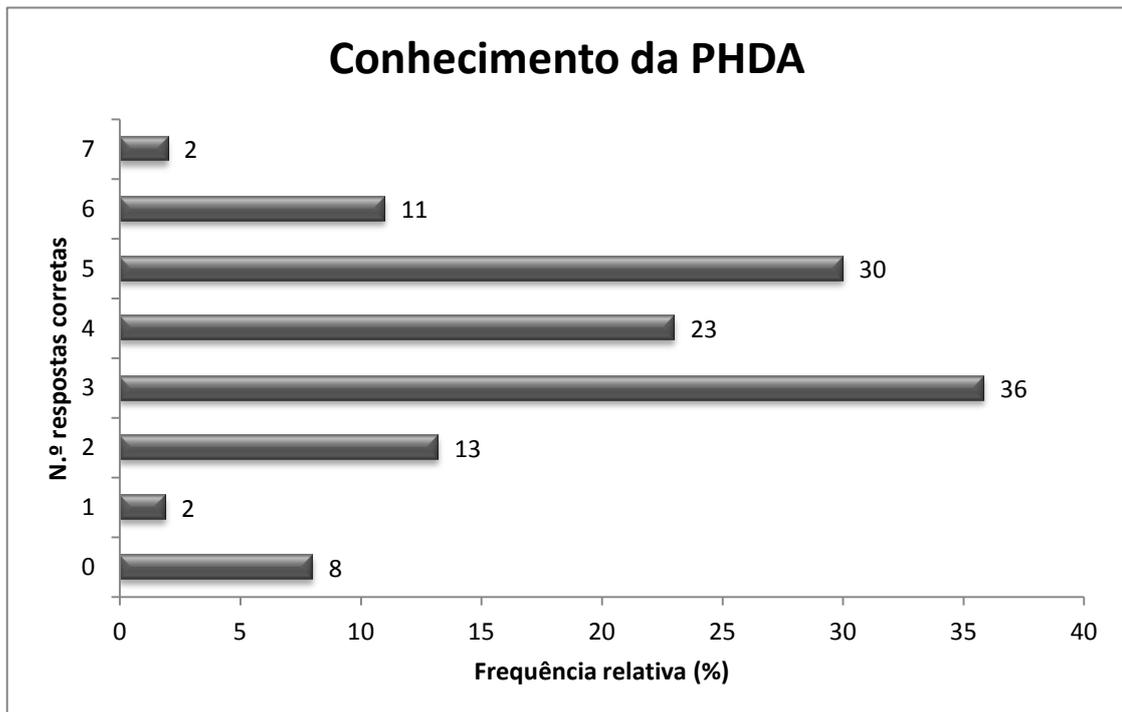
No que respeita à primeira hipótese enunciada - “Os professores demonstram conhecimento acerca da PHDA” -, os dados obtidos permitem afirmar que os professores estão informados acerca da perturbação pois prevalecem ainda algumas dúvidas nomeadamente alusivas às causas da PHDA, uma vez que 56,6% afirmou corretamente que a PHDA “é uma perturbação cuja principal causa é neurológica”.

Outra das dúvidas que surgiu foi relativamente ao facto de a PHDA poder ser ou não “agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão”. Neste caso, o desconhecimento é ainda mais evidente (41% asseguraram que não sabiam responder) sendo que apenas 32,2% dos inquiridos disse que tal não acontecia.

Para proceder a validação da hipótese foram consideradas as respostas dadas pelos professores nas sete afirmações relacionadas com o conhecimento da PHDA. Para cada professor inquirido contabilizaram-se o número de respostas corretas, tendo-se registado 8% com zero respostas

corretas. Há 36% de inquiridos que responderam corretamente a 3 questões, 23% acertaram 4, 30% acertaram 5, 11% acertaram seis e apenas 2% acertou as sete questões sobre o conhecimento da PHDA. Estes resultados constam no gráfico 8.

Em suma podemos confirmar a validação da hipótese 1, em que a maioria dos professores inquiridos (66%) acertou a resposta a mais de metade das questões (4, 5, 6 ou 7).



**Gráfico 8. Número de respostas corretas no que concerne ao conhecimento da PHDA**

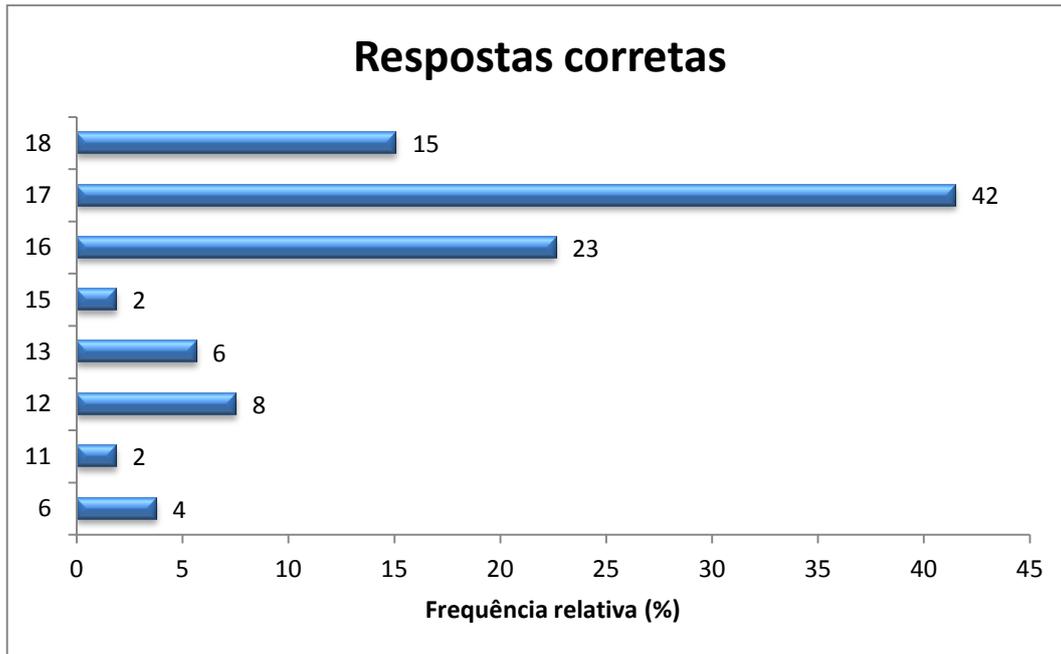
Na segunda hipótese procuramos perceber se “Os professores identificam as características dos alunos com PHDA”. Atentando à descrição que fizemos, é fácil perceber que a maioria dos docentes consegue identificar as características dos alunos com PHDA. Apresentam algumas incertezas nos itens, nomeadamente “Tem dificuldade em filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante”. Esta conclusão é interessante porque sabendo nós que a PHDA está ligada a problemas de atenção, o normal seria que os alunos não conseguissem filtrar a informação que lhes é transmitida, no entanto, pesquisas mostram que estas crianças “*não têm problemas para filtrar*

*informações – distinguir o importante do irrelevante naquilo que são solicitados a fazer” (Barkley, 2002: 51).*

Em relação ao item “relaciona-se facilmente com os colegas”, esta informação é preocupante porque tal como explica Selikowitz (2010) a PHDA é reconhecida como uma das causas mais comuns das dificuldades de aprendizagem (DA) e comportamentais das crianças em idade escolar. Da mesma opinião é Barkley (2008) que confirma que o grau de probabilidade das crianças com PHDA terem dificuldades de aprendizagem, comparativamente àquelas sem esta perturbação, é maior, face ao seu fraco desempenho escolar, provocado presumivelmente pela desatenção, impulsividade e inquietude em contexto de sala de aula.

Ainda no decorrer destas visões teóricas, Costa *et al* (2010:17) visa que *“os problemas no domínio da memória de trabalho, na inibição de respostas, na velocidade de processamento da informação, especialmente comprometedores do processo de implementação de estratégias adequadas para resolver as exigências escolares, parecem associar-se a dificuldades de aprendizagem, que irão comprometer seriamente o rendimento escolar dos sujeitos diagnosticados com PHDA”.*

Nas 18 questões formuladas sobre as características dos alunos com PHDA, contabilizaram-se para cada professor o número de respostas corretas, sendo que a grande maioria da amostra (79%) acertou 16 ou mais questões, pelo que há um grande conhecimento das características deste tipo de alunos e como tal validamos a hipótese 2.



**Gráfico 9. Número de respostas corretas acerca das características dos alunos com PHDA**

Em resumo, tendo em consideração que de dezoito itens apenas em dois se verificou uma percentagem menor de respostas corretas, resta-nos validar a hipótese e confirmar que os professores são capazes de identificar as características dos alunos com PHDA.

Em relação à terceira hipótese colocada – “Os professores compreendem que a formação é essencial no auxílio a alunos com PHDA”, é de realçar a diferença de respostas dadas à afirmação “A formação inicial dos professores do ensino regular é adequada para trabalhar com alunos com PHDA” (ver tabela 3). De facto, 83% dos inquiridos diz que “Não”, enquanto, apenas 13,2% entende que “Sim”. O que possibilita concluir que a maioria dos professores que responderam julgam que a sua formação inicial não lhes permite ter uma perceção correta e global da PHDA sendo necessárias formações complementares com a finalidade de colmatar as lacunas deixadas por essa mesma formação.

Tal facto é comprovado com a elevada percentagem visível nas restantes respostas que preconizam a importância da formação na área da PHDA com o intuito de melhor compreender a problemática e, conseqüentemente, melhor intervir. Os professores devem realmente entender

a formação como um processo permanente e contínuo e compreender que a *“formação dos docentes ou aquisição de conhecimentos específicos, sobre PHDA é uma condição necessária para proporcionar respostas adequadas às necessidades destas crianças”* (Fernandes, 2007: 44).

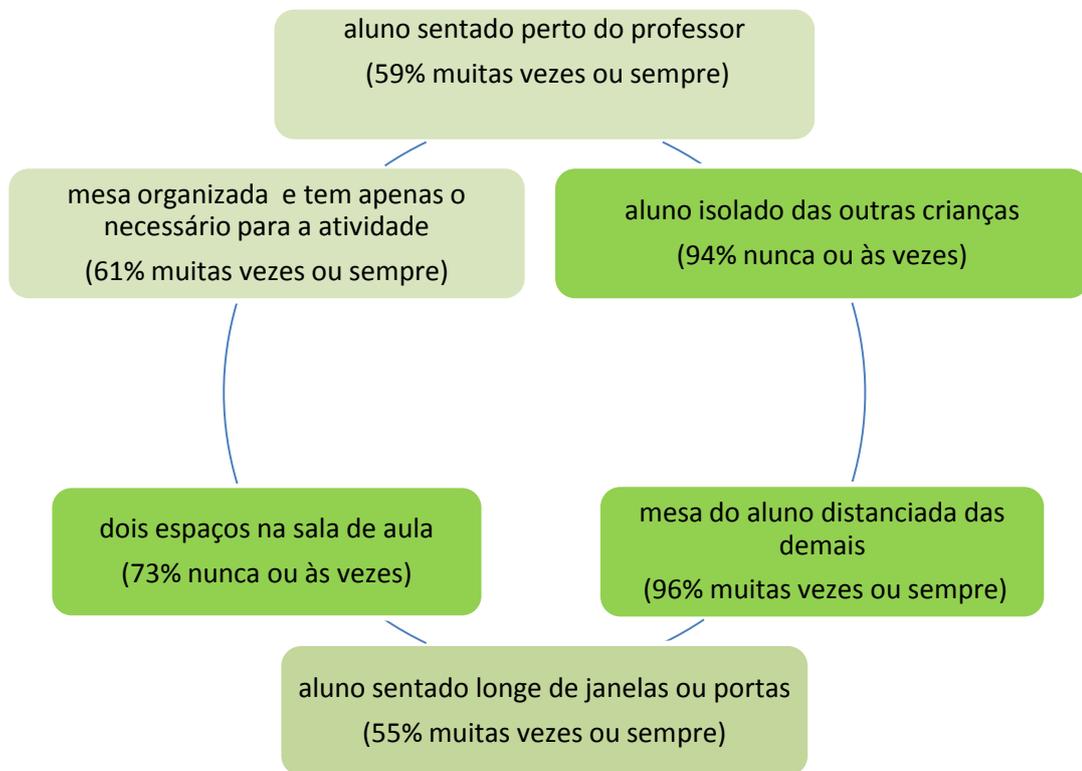
Assim, assumem especial relevância as formações especializadas em PHDA, pois a grande maioria dos inquiridos considera que essas formações: *“Permitem detetar sinais que comumente passam despercebidos”*; *“Os professores ficam melhor preparados para trabalhar com alunos com PHDA”*; *“A formação contínua na área da PHDA é fundamental para que o professor possa auxiliar os alunos com esta perturbação”*. Assim sendo a hipótese aplicada está validada.

Relativamente à hipótese 4: *“Os professores compreendem que a importância da intervenção preventiva para promover uma maior inclusão das crianças com PHDA na escola e na sala de aula”*. Através dos dados analisados corrobora-se que os docentes, recorrem pouco a estratégias preventivas, para organizar a sala de aula e proporcionar assim um bom ambiente para a aprendizagem. Segundo os dados recolhidos, a maior parte das estratégias foram selecionadas na opção *“ muitas vezes ou sempre”*. Essas estratégias foram, *“ o aluno isolado das outras crianças”* (94%), *“a mesa do aluno estar perto das demais”* (96%), *“o aluno estar o mais perto possível do professor”* (59%), *“o aluno estar sentado longe de locais que lhe diminuem a atenção como janelas ou portas”* (55%) e *“a mesa do aluno estar organizada e ter apenas o necessário”* (61%). Estudos (Wallen, Henker, Collins, Finck e Dotemoto, 1979; cit. por Barkley, 2008) reforçam a importância dos espaços adequados, demonstrando que ambientes ruidosos são associados a menos atenção e proporções maiores de verbalizações negativas entre crianças hiperativas. Assim, são muito mais apropriados espaços calmos e bem organizados em que o aluno consiga manter a sua atenção e controlar os seus impulsos.

Sosin & Sosin, (2006) e Barkley (2002), assinalam a importância de o aluno ter um local na sala de aula onde se possa concentrar sempre que faça trabalhos que requeiram mais atenção. Em salas em que existam mesas

agrupadas é importante que haja um local calmo para o aluno trabalhar sozinho sem grandes fontes de distração.

Em suma, verificamos, que no gráfico 10, que resume as respostas dos professores nas questões relativas à organização do espaço de sala de aula, podemos considerar que de uma maneira geral, os professores inquiridos identificam bem o que promove uma maior inclusão da criança com PHDA. Mas há duas estratégias preventivas: “o sentar o aluno junto do professor” e “longe de janelas e portas”, que devem ser mais divulgadas junto dos professores. Portanto esta hipótese é válida.



**Gráfico 10. Esquema resumo relativo à organização do espaço de sala de aula**

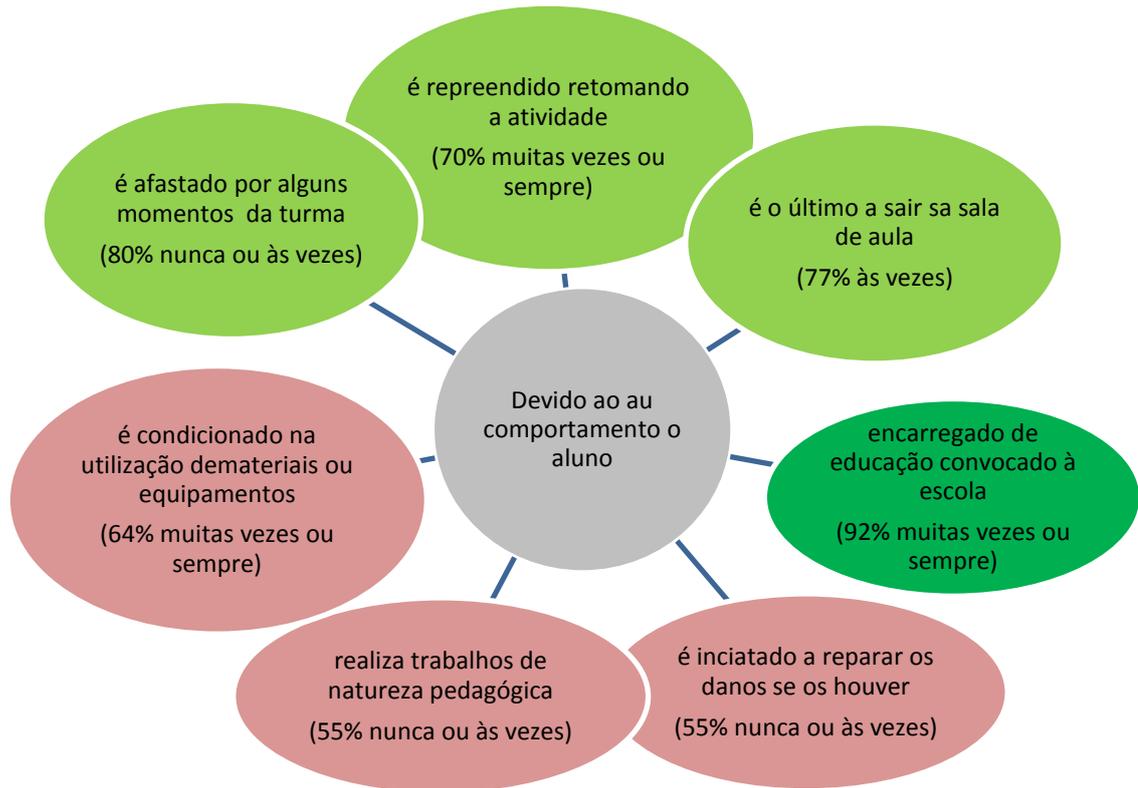
A hipótese 5 reporta: “Os professores identificam estratégias de intervenção perante o mau comportamento do aluno com PHDA na sala de aula”. Após uma análise dos dados verificamos (gráfico 11) que os docentes recorrem pouco a estratégias remediativas na tentativa de educar o aluno para comportamentos e atitudes mais corretas. Constatamos que um maior número

de docentes diz recorrer “às vezes” a grande parte das estratégias que referimos no questionário, sendo elas, “trabalhos de natureza pedagógica” (55%), “último a sair da sala de aula” (77%), “condicionamento de materiais” (50,8%), “afastado por alguns momentos da turma” (80%) e “é incentivado a repara os danos se os houver” (55%). Um maior número de docentes entende que recorre “muitas vezes” apenas às estratégias “ encarregado de educação convocado à escola” (92%), “é repreendido retomando a atividade” (70%) e “é condicionado na utilização de materiais ou equipamentos (64%).

*Pfiffner & O’Leary* (1993; cit. por Barkley, 2008) e *Susan & Daniel O’Leary* (cit. por Barkley, 2008) referem que a realização de reprimendas perto da criança, imediatas, breves e relacionadas com castigos ou perda de privilégios apresentam uma maior eficácia em relação às retardadas, longas e incoerentes. Segundo *García* (2001), as restrições deverão ser também de curta duração.

A análise de todos os dados permite-nos concluir que os docentes recorrem a quase todas as estratégias perante o comportamento do aluno com PHDA na organização da sala de aula, exposto no questionário.

Assim sendo a hipótese colocada está validada.



**Gráfico 11. Esquema resumo relativo às estratégias de intervenção perante o comportamento do aluno com PHDA**

A hipótese 6 é a seguinte: “Os professores identificam outras estratégias de intervenção a serem usadas na sala de aula”. Na observação dos dados permite-nos concluir que um elevado número de docentes entende que as estratégias referidas no questionário são também adequadas para atender alunos com esta problemática (gráfico 7). Assim, atendendo à opinião dos inquiridos as estratégias “tarefas curtas e bem definidas e sequencializadas” (98%), “desenvolver aprendizagem ativa e cooperativa” (92%), “supervisão frequente do trabalho por parte do professor” (83%), “recompensas sociais (atenção, louvores, afetos) por apresentar um comportamento adequado” (89%), “adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula” (91%), “organização de uma folha de registo para anotar os progressos dos alunos” (91%), “escolher um colega de estudo para ajudar na escola” (83%), “intercalar uma tarefa difícil com uma tarefa fácil” (94%), “estabelecer uma rotina diária” (77%), “estratégias de controlo de comportamento (se terminar o trabalho

poderá ter tempo livre) ” (87%), “regras de sala de aula identificadas e afixadas na sala de aula e na mesa do aluno” (88%) e “sistema de recompensas por pontos ou senhas” (79%) são as mais adequadas para intervir junto de alunos com PHDA. Parker (2003) salienta que os alunos com PHDA aprendem melhor em atividades estruturadas, tornando a sala mais previsível e ajudando o aluno a manter bons hábitos comportamentais. Da mesma forma, este aprende melhor se houver disciplina, sendo esta importante para o trabalho em grupo e relacionamento com os colegas (Falardeau,1997). A estratégia menos utilizada é a recompensa material (comestível, não comestível) por apresentar um comportamento adequado (34%). Tal resultado vem confirmar o que *Barkley* refere sobre a relação desta estratégia com os docentes. Com efeito *Barkley* (2008) indica que esta estratégia poderá ser utilizada com alguma desconfiança pelos docentes ou mesmo até ser entendida como contraproducente, no entanto, devido às características das próprias crianças, os prémios normais como ler um livro ou o desejo de satisfazer a vontade de colegas ou professores, não são apelativos e motivadores para a manutenção do bom comportamento pelo que as compensações materiais poderão desencadear melhores resultados.

Todo o processo de aprendizagem na sala de aula poderá ser difícil se o docente não se consciencializar de que este é um aluno normal mas como tantos outros tem limitações. As adaptações curriculares e estratégias da sala de aula proporcionarão ao aluno momentos de maior acalmia e farão crescer o autocontrolo sobre si próprio e o gosto pela construção da aprendizagem. Adotar uma atitude positiva, como elogios e recompensas para comportamentos adequados é uma estratégia geradora de mudança de comportamento, já que os alunos com PHDA são sempre chamados à atenção para o que fazem de errado (Parker, 2003). Dar mais ênfase ao que estes alunos têm e fazem de mais positivo, em detrimento do mau comportamento, é uma forma de lhes indicar o caminho certo para o sucesso escolar.

Perante os resultados obtidos, podemos concluir que os docentes não percebem as estratégias como adequadas para atender este aluno da melhor forma, sendo portanto esta hipótese validada.

## CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, procuramos fazer uma abordagem da problemática das atitudes dos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, face a alunos com PHDA.

Os problemas de atenção e hiperatividade são sintomas comuns a muitas desordens.

Como professores, devemos fazer um esforço adicional de monitorização dos alunos com PHDA, procurando perceber se eles compreendem e sabem aquilo que lhes é esperado nas várias situações e momentos da aula, utilizando todos os meios. A organização de um programa a desenvolver com o aluno hiperativo servirá de guia para o professor e desta forma, na sua planificação geral deverão constar as áreas críticas a serem trabalhadas.

Destaca-se a necessidade de mudança na atitude dos professores, nomeadamente pelo recurso constante a novos métodos, na aceitação das diferenças, na partilha de conquistas, perdas e afetos, numa relação que deve aprimorar pela tolerância e confiança mútuas.

De acordo com Razera (2001), a PHDA não é uma lesão, mas apenas uma disfunção na produção ou ação de neurotransmissores responsáveis pela atenção. As áreas do cérebro mais afetadas, segundo hipóteses científicas, são os lobos frontais responsáveis pela auto-organização, planeamento, crítica, censura, atenção e concentração.

Para Sauv  (2006, p.20), é considerada como “uma síndrome neurobiológica que deriva de uma perturbação neuroquímica, que comporta três características principais: uma atenção inconstante, impulsividade verbal, motora e social e ainda hiperatividade”.

Verificou-se, através do quadro concetual, que a criança com PHDA tem dificuldade em manter a qualidade da sua atenção e modul -la, de forma apropriada, do princípio ao fim de uma tarefa ou atividade. Deixa-se cativar por tudo o que a circunda, menos pelo que é essencial. Fala e age sem refletir e

não compreende a relação entre os atos que realiza e as suas consequências. Mexe-se exageradamente, sobretudo com mãos, pés ou boca (através de palavras ou sons), frequentemente sem razão, e em vários contextos (em casa, na escola). Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, são algumas das características atribuídas a estas crianças (Lopes, 2004).

Procedemos a uma amostragem em conformidade, não foi possível generalizar os nossos resultados, no entanto a informação recolhida contribuirá para um maior entendimento desta problemática no âmbito escolar.

Esta investigação foi bastante enriquecedora permitindo aumentar o nosso conhecimento sobre a PHDA no que respeita à sua identificação, às implicações em contexto sala de aula e às estratégias preventivas e remediativas.

Tal recolha de informação permitiu-nos também utilizar algumas das estratégias referidas no nosso estudo, nomeadamente no contexto de sala de aula.

Procurando que este estudo possa ser o ponto de partida para outros estudos relevantes, seria de todo importante que os docentes tivessem um conhecimento mais aprofundado desta problemática e procurassem adaptar a sua prática pedagógica e organizacional a estes alunos. O recurso a uma formação específica poderia ser fundamental para os docente, compreenderem melhor esta temática e a atenderem da melhor forma.

Terá que se olhar para esta problemática com a certeza de que os alunos com PHDA necessitam mesmo de outro tipo de intervenção em relação às crianças que não tenham este problema e apostar na formação como um instrumento chave para a alteração de práticas pedagógicas. Dado que grande parte da aprendizagem do aluno é feita dentro da sala de aula, parece-nos que esta terá que se tornar mais operacional e organizar-se de acordo com o aluno com PHDA. O docente terá assim que recorrer a uma diferenciação pedagógica para que os alunos com PHDA consigam atingir o sucesso educativo como outro aluno.

Em traços gerais, as conclusões remetem para um significativo conhecimento por parte dos professores inquiridos sobre a PHDA e as características que os alunos com esta perturbação. Também se consciencializam de que a formação contínua dos docentes é indispensável à sua prática. Os dados apurados confirmam que estes consideram primordial adquirir formação específica em PHDA especialmente nos cursos de formação inicial sem obviamente descurar a sua formação contínua.

As hipóteses desta investigação foram todas validadas.

Será importante a atividade física e desportiva no desenvolvimento psicossocial dos alunos com PHDA?

Quem sabe, um dia, um portador de PHDA que tenha tido oportunidades de crescimento e desenvolvimento, possa realizar um trabalho sobre este tema e conduzi-lo com muita criatividade e arte, explorando caminhos ainda obscuros aos olhos do mundo e tão pertinentes a ele.

Todo o ser humano deve ter a oportunidade de desenvolver, crescer, progredir, se esmerar na difícil arte do saber e do viver bem. Estagnar ou se sentir satisfeito com o desenvolvimento e o saber adquirido, poderá trazer desesperança e frustrações diante da velocidade de informações em que vivemos.

## BIBLIOGRAFIA

AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton-Keynes, England: Open University Press & Chicago, IL: Dorsey Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

BARKLEY, R. A. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

BARCKLEY, R. A. (2006). The natur 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. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

BAUTISTA, R. (1997). *Uma escolar para todos: a integração escolar*. In R. Bautista (Coord.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

CABRAL, P. (2003). Socorro, tenho um filho hiperativo. *Revista Pais & Filhos*. Disponível em: [www.externatodaluz.com](http://www.externatodaluz.com). Consultado a 12 de junho, de 2015.

CHILDREN AND ADULTS WITH ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER - CHADD (2009). *CHADD - En Español*.

CORREIA, S.& CORREIA, P. (2005). *Acessibilidade e desenho universal*. In Educação Especial – Diferenciação do conceito à prática (Encontro Internacional). Porto: Gailivro.

CRUZ, M. (2009), *Hiperatividade – Técnicas de modificação de comportamento – Estudo de Caso*, trabalho de investigação para Pós-graduação em Educação Especial.

DESORDEM POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (DDAH) (s/d). *Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade*.

DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO DE PSICOLOGIA. (2008). Edições texto e grafia. Lisboa.

DOUGLAS, V. I. (1988). Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity. In L. Bloomingdale, & J. Sergeant, *Attention deficit disorder: criteria, cognition and intervention* (pp. 65-82). New York: Pergamon Press.

DSM-IV TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (American Psychiatric Association ). (1994). Artmed. Porto Alegre.

EAGLY & CHAIKEN (1993). *The Psychology of Attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. Universidade de Michigan

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA & ESCUTA PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (s/d). *Estratégias Educativas*.

FALARDEAU, G. (1997). *As crianças hiperativas*. Mem Martins: Edições Cetop.

FALARDEU, G. (1999). *As crianças hiperativas*. Mem Martins: Edições CETOP.

FORTIN, M. (2009). *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

GARCIA, C. M., (1999). Formação de professores: Para uma mudança educativa. Porto: Porto Editora.

GARCÍA, I. M. (2001). *Hiperatividade*. Amadora: McGraw-Hill.

GRÁCIO, J. *Como lidar com o comportamento da criança hiperativa?* [brochura]. (s/d). Batalha. Psicólogo Clínico Variante Cognitivo-Comportamental.

*ÍNDICE NACIONAL TERAPÉUTICO*. (2007). TUPAM Editores.

KIRK, S. A., & GALLAGHER, J. J. (1991). *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes.

NIELSON, L. (1999). *Desordens por défice de atenção com e sem hiperatividade*. In L. Nielson. Necessidades educativas especiais na sala de aula. Porto: Porto Editora.

Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

MOTA, J. & FERREIRA, I. (1996). *Reabilitação e Estimulação de Crianças e Adolescentes Agressivos e Hiperativos em Contexto Escolar*. In Coletivo de autores. Textos Aveiro: Edição de Autores.

LIKERT, R. & MURPHY, G. (1993). *A simple and reliable method of scoring the Thrstone attitude scales*. *Personnel Psychology* (original publicado em 1934).

LOPES, J. A. (2003). *A Hiperatividade*. Quarteto Editora. Coimbra.

LOPES, J. A. (2004). *A hiperatividade*. Coimbra: Editora Quarteto.

LOPES, J. A. (1998). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em contexto de sala de aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Universidade do Minho.

LORENTE-POLAINO, A. & ÁVILA, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperativa. Comportamento diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Edições Asa. Porto.

PARKER, HARVEY (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade-Guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto Editora.

PHELAN, T. W. (2005). *TDA/TDAH - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.

POLIS, B. (2008). *Só o amor o pode salvar. A vida de um rapaz que cresceu e vive com Hiperatividade*. Lisboa: Kapa Livros.

QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

RAZERA, G. (2001). *Hiperatividade Eficaz*. Rio de Janeiro: Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia, 2001.

REBELO, J. A. (1999). *Como ajudar alunos hiperativos nas escolas*. Revista de Psychologica, Pág. 165 – 199. Rodrigues,

RIEF, S. (2001). Estratégias de intervenção na escola. Trabalho apresentado na *II Conferencia internacional sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. São Camilo: Centro de Convenções.

RODRIGUES, D. (2006). *Dez ideias (mal) feitas sobre a Educação Inclusiva*. In David Rodrigues (org.), *Inclusão e Educação: Doze olhares sobre a Educação Inclusiva*. São Paulo: Summus Editorial.

ROHDE. L. A. P. E BENCZIK. E. B. P. (1999). *Atenção Hiperatividade O que é? Como ajudar?* Artmed Editora. Porto Alegre.

SANCHEZ, J. (1988). *La ensañanza de actitudes y valores*. Valência: Nau Libres.

SAUVÉ, C. (2006). *Domesticar a hiperatividade e o défice de atenção* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

SCHWEIZER, C. & PREKOP, J. (1997), *Crianças Hiperativas*, Biblioteca dos Pais, Âmbar. Porto.

SELIKOWITZ, M. (2010). *Défice de atenção e hiperatividade*. Alfragide: Texto Editores.

SILVA, A. B. (2003). *Mentes inquietas*. São Paulo: Gente.

SOSIN, D., & SOSIN, M. (2006). *Compreender a desordem por défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Porto Editora.

TRINDADE, VÍTOR MANUEL (1996). *Estudo da atitude científica dos professores*. Instituto de Inovação Educacional. Lisboa.

TUCKMAN, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento de Ação na Área das necessidades educativas especiais*. Lisboa: Edição do Instituto de Inovação Educacional.

VÁSQUEZ, INMACULADA (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

VAZ FREIXO (2011). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

VILELAS, J. (2009). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

## SITOGRAFIA

<http://infohiperactividade.blogspot.pt/>

Acedido em 16 de Junho de 2015

<http://ddah.planetaclix.pt.>

Acedido em 16 de Junho de 2015

[http://ddah.planetaclix.pt/como\\_identificar\\_as\\_ddah.htm.](http://ddah.planetaclix.pt/como_identificar_as_ddah.htm.)

Acedido em 17 de Junho de 2015

<http://stopescuta.wordpress.com.>

Acedido em 22 de Julho de 2015

<http://stopescuta.wordpress.com/paraquem/profissionais/estrategiaseducativas/>

<http://www.malhatlantica.pt/ecae-cm/aprendizagem3.htm.>

<http://virtualpsy.locaweb.com.br.>

Acedido em 23 de Junho de 2015

[http://www.chadd.org/AM/Template.cfm?Section=Especially\\_For\\_Espanol.](http://www.chadd.org/AM/Template.cfm?Section=Especially_For_Espanol.)

<http://www.chadd.org.>

Acedido em 23 de Junho de 2015

[http://www.apdch.net/areas\\_intervencao.html,](http://www.apdch.net/areas_intervencao.html,)

Acedido em 23 de Junho de 2015

<http://www.apdch.net>

Acedido em 14 de Julho de 2015

<http://www.tdah.org.br/br/artigos/videos/item/922-tdah-dr-russel-barkley-tdah-n%C3%A3o-%C3%A9-um-dom.html7>

Acedido em 30 de Julho de 2015

<http://pt.shvoong.com/social-sciences/education.>

Acedido em 30 de Julho de 2015

[http://pt.shvoong.com/socialsciences/education/1870756rela%C3%A7%C3%A3o-pedaq%C3%B3gicadisciplina-indisciplina-na/.](http://pt.shvoong.com/socialsciences/education/1870756rela%C3%A7%C3%A3o-pedaq%C3%B3gicadisciplina-indisciplina-na/)

**ANEXOS**

# ANEXO I: QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

## Pós-graduação em Educação Especial

### Parte I

#### 1. Sexo

M\_\_\_\_ F\_\_\_\_

#### 2. Idade

Até 25 anos \_\_\_\_\_

Entre 26 e 35 anos \_\_\_\_\_

Entre 36 e 45 anos \_\_\_\_\_

Entre 46 e 55 anos \_\_\_\_\_

56 anos ou mais \_\_\_\_\_

#### 3. Formação académica

Bacharelato\_\_\_\_\_

Licenciatura\_\_\_\_\_

Licenciatura + Especialização \_\_\_\_\_ Qual?\_\_\_\_\_

Mestrado\_\_\_\_\_ Qual?\_\_\_\_\_

Doutoramento\_\_\_\_\_

#### 4. Tempo de serviço

Menos de 5 anos \_\_\_\_\_

Entre 6 e 15 anos\_\_\_\_\_

Entre 16 e 25 anos\_\_\_\_\_

Mais de 25 anos\_\_\_\_\_

**5. Já teve ou tem contacto com:**

Alunos com Necessidades Educativas Especiais

Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

**Parte II**

1. De acordo com o conhecimento que possui acerca da PHDA (Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção), assinale a resposta adequada usando a seguinte escala:

**S – Sim****N- Não****NS- Não Sei****S N NS**

1.1. A PHDA é uma perturbação temporária característica da infância e juventude.			
1.2. A PHDA é uma das perturbações infantis mais comuns.			
1.3. A PHDA é uma perturbação que se pode verificar em pessoas adultas.			
1.4. A PHDA é uma perturbação que consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade.			
1.5. A PHDA é uma perturbação cuja principal causa é neurológica.			
1.6. A PHDA tem maior prevalência no sexo feminino.			
1.7. A PHDA é agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão.			

2. Baseando-se no seu conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA (Perturbação, de Hiperatividade com Défice de Atenção), assinale a resposta que considera apropriada usando a seguinte escala:

S – Sim      N- Não      NS- Não Sei

**S      N      NS**

2.1. O aluno com PHDA tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração.			
2.2. O aluno com PHDA com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente.			
2.3. O aluno com PHDA tem dificuldade em filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante.			
2.4. O aluno com PHDA segue com facilidade as regras da sala de aula.			
2.5. O aluno com PHDA segue instruções com facilidade.			
2.6. O aluno com PHDA organiza com facilidade as suas tarefas e atividades escolares.			
2.7. O aluno com PHDA frequentemente termina os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado.			
2.8. O aluno com PHDA frequentemente procura envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa).			
2.9. O aluno com PHDA é mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata.			
2.10. O aluno com PHDA muitas vezes apresenta dificuldades de aprendizagem.			
2.11. O aluno com PHDA com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.			
2.12. O aluno com PHDA com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.			
2.13. O aluno com PHDA com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula.			
2.14. O aluno com PHDA apresenta dificuldade em conter as suas respostas e pensar antes de agir.			
2.15. O aluno com PHDA frequentemente espera pela sua vez para intervir.			
2.16. O aluno com PHDA distrai-se muitas vezes com estímulos irrelevantes.			

2.17. O aluno com PHDA com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).			
2.18. O aluno com PHDA relaciona-se facilmente com os colegas.			

3. Tendo em consideração os seus conhecimentos e experiência refira-se à importância da formação dos professores assinalando a opção que considera adequada. Use a seguinte escala:

**S – Sim N – Não NS – Não Sei**

**S N NS**

3.1. A formação inicial dos professores do ensino regular é adequada para trabalhar com alunos com PHDA.			
3.2. A formação especializada em PHDA permite ao professor atentar a sinais que comumente passam despercebidos em contexto de sala de aula.			
3.3. Professores com formação especializada em PHDA apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que o professor do ensino regular.			
3.4. A contínua busca de formação na área da PHDA é fundamental para que o professor possa auxiliar os alunos com esta perturbação.			

### PARTE III

1. Poderão ser variadas as estratégias preventivas e remediativas que promovem uma maior inclusão das crianças com PHDA na escola e na sala de aula. De acordo com o seu conhecimento, assinale a afirmação que achar mais correta utilizando a seguinte escala:

- **Nunca 2-Às vezes 3-Muitas vezes 4-Sempre**

## 1.1 Quanto à organização do espaço de sala de aula.

	1	2	3	4
1.1.1.O aluno encontra-se sentado o mais perto possível do professor.				
1.1.2.O aluno é isolado das outras crianças.				
1.1.3.A carteira do aluno está distanciada das demais.				
1.1.4.O aluno está sentado longe de locais que lhe diminuem atenção como janelas ou porta.				
1.1.5.Há dois espaços na sala de aula, um para trabalhar sozinho outro para trabalhar em grupo.				
1.1.6.A sua mesa está organizada e tem apenas o necessário para realizar a atividade.				

## 1.2. Quanto às estratégias de intervenção a usar perante o comportamento do aluno com PHDA na sala de aula.

**1-Nunca 2-Às vezes 3-Muitas vezes 4-Sempre**

	1	2	3	4
1.3.1.Verificando-se a existência de mau comportamento o aluno é repreendido retomando novamente a sua atividade.				
1.3.2. Verificando-se a existência de mau comportamento o aluno é o último a sair da sala de aula.				
1.3.3. Verificando-se a existência de mau comportamento continuado o encarregado de educação é convocado à escola.				
1.3.4.Verificando-se a existência de danos causados devido a mau comportamento o aluno é incitado a reparar o dano causado.				
1.3.5.Verificando-se a existência de mau comportamento o aluno realiza trabalhos de natureza pedagógica.				
1.3.6.Verificando-se a existência de mau comportamento o aluno é condicionado na utilização de certos materiais e equipamentos.				
1.3.7.Verificando-se a existência de mau comportamento, o aluno com PHDA é afastado por alguns momentos da				

sua turma.				
------------	--	--	--	--

**PARTE IV**

1. Para além das estratégias de intervenção acima referidas, outras poderão ser usadas na sala de aula. Assinale aquelas que poderão ser utilizadas para colmatar as necessidades destas crianças. Utilize a seguinte escala:

S – Sim N – Não NS – Não Sei

**S N NS**

	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NS</b>
1.1. Intercalar uma tarefa difícil com uma tarefa fácil.			
1.2. Tarefas curtas bem definidas e bem sequencializadas.			
1.3. Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala e na mesa do aluno.			
1.4. Estabelecer uma rotina diária.			
1.5. Desenvolver uma aprendizagem ativa e cooperativa.			
1.6. Escolher um colega de estudo para o ajudar na escola.			
1.7. Supervisão frequente do trabalho por parte do professor.			
1.8. Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula.			
1.9. Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos) por apresentar um comportamento adequado.			
1.10. Recompensas materiais (comestíveis, não comestíveis) por apresentar um comportamento adequado.			
1.11. Estratégias de controlo de comportamento (se terminar o trabalho poderá ter tempo livre).			
1.12. Sistema de recompensas por pontos ou senhas.			
1.13. Organização de uma folha de registo para anotar os progressos dos alunos.			

Obrigada pela sua colaboração!

## ANEXO II

### Requerimento

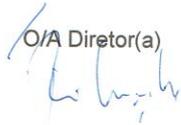
Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de Escolas Abade Baçal

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados.

Eu, Vânia de Fátima Fernandes Afonso, nascida a 13 de Maio de 1978, portadora do Cartão de Cidadão com o nº11283204, a frequentar Pós Graduação em Educação Espacial-Domínio Cognitivo Motor, na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob a orientação do Dr. Júlio Sousa, estando a desenvolver uma investigação subordinada ao tema "Atitude do Professor perante a Criança Hiperativa no 2º Ciclo do Ensino Básico, no Ensino Regular", sendo um projeto de investigação científica para fins académicos, venho solicitar-lhe que V. Exa. se digne a autorizar a participação/colaboração dos professores do 2º ciclo do Ensino Básico no preenchimento de um questionário.

A requerente acima referida compromete-se manter os mais elevados critérios de confidencialidade em todo o seu trabalho de investigação.

Sem mais assunto, subscrevo-me com a consideração a V. Exa.

O/A Diretor(a)  


A Requerente  
  
(Vânia Afonso)