

NECESSIDADES DE (IN) FORMAÇÃO DOS PROFESSORES RELATIVAMENTE À PHDA¹ EM CONTEXTO ESCOLAR:

O CASO DO CONCELHO DE SANTA CRUZ

Sofia Pereira¹, Glória Franco¹, Marianne Ferreira²

1. Universidade da Madeira, 2. Centro de Saúde de Santa Cruz
sofia_pereira6@sapo.pt, gloria@uma.pt, mariannebuny@hotmail.com

Resumo

Com a entrada na escola, os sintomas da PHDA tornam-se mais evidentes, pelo que os professores devem ser capazes de reconhecer os sintomas típicos desta perturbação e suas consequências no contexto escolar, contribuindo para uma intervenção mais atempada e eficaz. Assim, a presente investigação pretende averiguar o grau de informação que os professores dispõem relativamente à PHDA. Para tal, elaborou-se um questionário que foi passado a uma amostra de 104 professores da pré-escola e 1º ciclo, distribuídos por 4 escolas do Concelho de Santa Cruz, R.A.M., em que 90,2% são do sexo feminino e 9,8% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 55 anos, sendo a média de 36,83 anos.

Concluiu-se que, apesar de existir muita informação, persistem certas dúvidas/crenças em torno desta temática, nomeadamente no que concerne aos critérios de diagnóstico, às causas, e à prevalência da PHDA, bem como relativamente à forma de actuação perante crianças portadoras desta perturbação.

Introdução:

Os professores desempenham um papel fulcral na experiência escolar da criança portadora de PHDA, sendo que, de acordo com a literatura, poucos detêm informação suficiente acerca da mesma. Bellini e Benczik (2002), referem, inclusive, que em muitos casos, estes têm uma percepção errada relativamente à natureza, às causas e à manifestação dos sintomas, assim como acerca do que devem fazer.

Segundo os autores, o conhecimento sobre a PHDA, constitui o primeiro passo para ajudar a criança no seu processo educacional, sendo que quanto maior o grau de informação relativa a esta problemática, maior a probabilidade de a criança obter sucesso a nível escolar. Partindo de tal pressuposto, a presente investigação visa explicar os aspectos relativos à PHDA, e mais especificamente às suas implicações educacionais, bem como facultar uma visão acerca do real grau de conhecimento dos professores a este propósito, pretendendo, em última instância, alertar/sensibilizar os professores e demais técnicos ligados à educação, para a necessidade de conhecer para melhor compreender tal perturbação.

¹Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

Durante a última década, a PHDA tem sido uma das perturbações mais observadas, descritas, estudadas, debatidas e tratadas durante a infância (Kendall 2000, citado por Wheeler, Pumfrey, Wakefield & Quill, 2008). De facto, actualmente proliferam os estudos sobre a hiperactividade infantil, sendo possível conhecer melhor tanto as origens desta perturbação como a sua evolução e tratamento (Polaino-Lorente & Ávila, 2002).

Pela primeira vez descrita, de forma sistemática, por George Still, em 1902, a PHDA apresenta um padrão comportamental típico (perturbação de atenção, impulsividade e hiperactividade), comprometendo significativamente o desempenho da criança em casa, na escola e com os seus pares (Fernandes, 2001; Branco & Fernandes, 2004).

Bellini e Benczik (2002), baseando-se na DSM-IV, afirmam que esta constitui um problema de saúde mental, sendo considerada como um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperactividade/impulsividade. A este propósito, refira-se que a característica essencial da PHDA é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperactividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em crianças da mesma idade, cujo nível de desenvolvimento é semelhante (Bellini & Benczik, 2002; Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda & Henao, 2003).

Recorde-se que, muitas vezes, as crianças portadoras de PHDA são identificadas como desobedientes, preguiçosas, mal-educadas e inconvenientes. Os mesmos autores mencionam que estas são incapazes de se adaptar ao meio em que vivem de modo eficaz, bem como de corresponder às expectativas dos adultos, daí que se possa afirmar que a perturbação em questão compromete não só a vida da criança, mas também a dos adultos que a rodeiam, já que acarreta dificuldades específicas, no que concerne ao controlo dos impulsos, à concentração, à memória, à organização, ao planeamento e à autonomia.

Mencione-se que a PHDA é muito frequente na infância, e mais especificamente na idade escolar (Rodríguez-Jiménez et al., 2001; Miranda, Jarque & Rosel 2006, citados por Trenas, Cabrera e Osuna 2008), atingindo cerca de 1,7-16% da população, dependendo da população e dos métodos de diagnóstico utilizados (Branco & Fernandes, 2004). Nas crianças em idade escolar, em particular, a prevalência desta perturbação está estimada em 3% a 5% (DSM-IV, 1996; Polaino-Lorente & Ávila, 2002). Por outro lado, não existem certezas quanto ao grau de incidência desta na adolescência e na idade adulta (DSM-IV, 1996). Não menos importante é a consideração segundo a qual esta conduta é cerca de dez vezes mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino (Polaino-Lorente & Ávila, 2002).

Segundo Bellini e Benczik (2002), a PHDA pode dever-se a múltiplos factores, não existindo certezas quanto ao assunto. Contudo, os dados das últimas investigações apontam para o facto de as crianças hiperactivas terem um desajustamento bioquímico no sistema nervoso. Concretamente, parece que os neurotransmissores como as catecolaminas não estão bem

equilibrados, sendo tal desequilíbrio o agente responsável pelas dificuldades que a criança hiperactiva tem para centrar a sua atenção e mantê-la durante um certo tempo, assim como pela falta de autocontrolo e de adaptação da sua conduta às solicitações do meio (Polaino-Lorente & Ávila, 2002).

No que concerne ao diagnóstico da perturbação em questão, Blázquez-Almería et al. (2005), alegam tratar-se de um processo controverso que, de certa maneira, se encontra condicionado pelo sistema de classificação diagnóstico, pelo instrumento de medida, pela população escolhida e pela fonte de informação. Em relação ao sistema de classificação, em particular, Montiel-Nava, Peña e Montiel-Barbero (2006), destacam que, nas últimas décadas, se têm verificado alterações, facto que tem concorrido para a modificação do número/combinção de sintomas considerados fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico da PHDA. Segundo o DSM-IV (1996), a perturbação em questão enquadra-se nas perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, as quais englobam, para além da PHDA, a Perturbação do Comportamento e a Perturbação de Oposição.

De um modo geral, poder-se-á afirmar que a criança hiperactiva se mostra impulsiva, inquieta e desobediente. Emocionalmente muito instável e com um temperamento explosivo, não aceita bem a disciplina, não tolera a frustração e esquece-se do mais elementar (Polaino-Lorente & Ávila, 2002).

Refira-se que, habitualmente, o primeiro diagnóstico da perturbação é feito durante os anos de escolaridade elementar, quando a adaptação escolar está comprometida (DSM-IV, 1996). Nesta ordem de ideias, Bellini e Benczik (2002) referem que é precisamente com a entrada na escola que os sintomas de PHDA se tornam mais graves, altura durante a qual a criança necessita de focar mais a sua atenção e permanecer sentada, durante as aulas.

Os mesmos autores referem que os sintomas típicos da PHDA (défice de atenção, actividade motora excessiva e falta de autocontrolo) tendem a surgir na idade pré-escolar. Além disso, podem ocorrer, em idades anteriores, alterações comportamentais, tais como problemas na alimentação e no sono, excesso de inquietação e episódios de negativismo/birra. Já na idade escolar, além da sintomatologia primária, surgem as denominadas perturbações secundárias, as quais afectam, sobretudo, as relações interpessoais e a aprendizagem escolar. O temor relativamente às possíveis consequências negativas do comportamento da criança pode conduzir ao seu isolamento social. Quanto às interacções com crianças da mesma idade, verifica-se a existência de certas dificuldades, provenientes do facto da criança hiperactiva tender à impulsividade e/ou agressividade, o que provoca, em geral, a rejeição por parte dos outros.

Importa referir que, de acordo com Shekim et al. (1990), Spencer et al. (1994), Biederman et al. (2000), Goldstein (2002) e Barkley et al. (2002, citados por Weyandt e DuPaul 2008), a maioria

das crianças e adolescentes diagnosticados com PHDA continuam a exibir sintomas na adolescência e na vida adulta, sendo que, ao longo do desenvolvimento, a expressão de tais sintomas pode, em muitos casos, sofrer oscilações. Noutro contexto, Zambom, Oliveira e Wagner (2006), bem como Ortiz-Luna e Acle-Tomasini, (2006) ressaltam que os sintomas de hiperactividade tendem a diminuir com a idade, restando de forma mais acentuada, os sintomas de falta de atenção.

Estudos como os de Barkley (1990, citado por Bellini e Benczik 2002), têm demonstrado que, ao longo do desenvolvimento, a PHDA parece estar associada a um grande risco de desempenho escolar, retenções, expulsões e suspensões escolares, relações difíceis com familiares, professores e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso precoces de drogas, acidentes de carro e multas por excesso de velocidade, assim como dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho. Contudo, na opinião de McDonald e Achembach (1996, citados por Bellini e Benczik 2002), parte dessa evolução não se deve apenas à existência de PHDA, mas também à presença de outros factores associados a esta, como por exemplo, o distúrbio de conduta.

A propósito dos factores acima aludidos, mencione-se que o DSM-IV (1996) faz referência a determinadas características e/ou perturbações associadas à PHDA, as quais variam dependendo da idade e estágio de desenvolvimento. Estas podem incluir uma baixa tolerância à frustração, arrebatamentos emocionais, teimosia, insistência excessiva e frequente em que as suas exigências sejam satisfeitas, labilidade emocional, desmoralização, disforia, rejeição pelos companheiros e baixa auto-estima. Ainda a respeito da existência/presença de factores associados à PHDA, refira-se que um número considerável de crianças atendidas em centros clínicos por Défice de Atenção com Hiperactividade sofre também de uma Perturbação de Oposição ou Perturbação do Comportamento. Além disso, as crianças com PHDA podem apresentar, com elevada prevalência, Perturbações do Humor, Perturbações da Ansiedade, Perturbações da Aprendizagem e Perturbações da Comunicação.

Não menos importante é a consideração do denominado diagnóstico diferencial, o qual surge, à semelhança das características/perturbações associadas à PHDA, descrito no DSM-IV (1996). Conforme o que aparece descrito em tal manual, na primeira infância, pode ser difícil distinguir os sintomas da PHDA de certos comportamentos adequados à idade das crianças activas (por exemplo, correr sem cessar ou actuar ruidosamente). Também os sintomas de falta de atenção devem ser cuidadosamente avaliados, na medida em que são frequentes nas crianças com um QI baixo, quando colocadas em situações escolares desadequadas à sua capacidade intelectual, pelo que devem distinguir-se de sinais semelhantes em crianças com PHDA. Convém referir que os

sujeitos com comportamentos de oposição podem resistir a executar tarefas laborais ou escolares que requeiram dedicação pessoal pela sua recusa a aceitar exigências dos outros, sendo que estes sintomas devem distinguir-se do evitamento das tarefas escolares observadas nos sujeitos com PHDA. Mencione-se, ainda, que a PHDA não se diagnostica se os sintomas forem melhor explicados pela presença de outra perturbação mental nem se os sintomas de falta de atenção e hiperactividade ocorrerem exclusivamente durante o decurso de uma Perturbação Global do Desenvolvimento ou de uma Perturbação Psicótica.

Quanto ao tratamento da PHDA, Polaino-Lorente e Ávila (2002) destacam, essencialmente, três modalidades, nomeadamente: a farmacológica, a psicológica e a educativa, afirmando que destas três, a ajuda farmacológica é, sem dúvida, a mais eficaz. De facto, algumas crianças hiperactivas são capazes de, só com a ajuda farmacológica, controlar a impulsividade e os problemas de atenção. No entanto, e ainda de acordo com estes autores, a grande maioria destas crianças precisa, para além dos fármacos, de uma ajuda psicológica e educativa (Polaino-Lorente & Ávila, 2002), pelo que a adopção de uma abordagem multidisciplinar quer para a identificação, quer para o tratamento da perturbação em questão se revela imprescindível (Kewley 1999; British Psychological Society [BPS] 2000; Cooper 2006, citados por Wheeler et al., 2008).

Segundo Polaino-Lorente e Ávila (2002), pais e professores devem actuar conjuntamente tanto no processo de aprendizagem como no controlo da conduta da criança portadora de PHDA, sendo que os professores são, sem dúvida alguma, os profissionais que mais podem fazer, na sala de aula, pela aprendizagem da criança hiperactiva. De acordo com a mesma fonte, as principais queixas dos professores contra a criança hiperactiva assentam no facto de esta não conseguir permanecer no seu lugar, de incomodar os colegas durante o trabalho, de não se concentrar nas explicações do professor ou de não realizar as actividades que lhe são propostas. Para dar uma ideia do comportamento escolar da criança hiperactiva, os autores assinalam os seus principais traços de conduta:

Atenção	Está nas aulas ensimesmada. Distrai-se facilmente, tem atenção escassa. Não termina as tarefas que começa. É distraída. Não presta atenção ao que os outros lhe dizem;
Impulsividade	É impulsiva e irritadiça. Os seus esforços são facilmente frustrados. Exige imediata satisfação dos seus desejos. É impulsiva. Responde sem reflectir.
Hiperactividade	Apresenta excessiva inquietação motora. Está intranquila, sempre em movimento. Emite sons altos e em situações inapropriadas. Retorce-se sobre si mesma. Hiperactiva. É inquieta, não é capaz de estar sentada. Permanece tensa, incapaz de se relaxar.
Obediência	Aceita mal as indicações do professor. Incomoda-a ter de seguir orientações. Rejeita as ordens; não as quer reconhecer. É negativa.
Capacidades Sociais	Molesta frequentemente as outras crianças. Discute e briga por qualquer motivo. Não é aceite no grupo. Tem dificuldades nas actividades cooperativas. Não se dá bem com a maioria dos companheiros. Carece de aptidões para a liderança. Não tem sentido das regras do “jogo limpo”. A sua conduta incomoda os que com ela convivem. É quezilenta. É teimosa e inoportuna. Tenta dominar os outros. Destroí as suas próprias coisas e as dos outros.
Aprendizagem	Tem dificuldades na aprendizagem escolar. Evita empreender novas tarefas com medo de fracassar. É brincalhona, lenta.
Afectividade	Nega os seus erros ou culpa os outros. Muda bruscamente os seus estados de espírito. Tem explosões imprevisíveis de mau génio. Comporta-se com arrogância. Tem um ar enfasiado. Exige do professor excessiva atenção. A sua conduta é imatura para a idade. Mostra muito pouco interesse pelas coisas que lhe pertencem. É susceptível. Procura permanentemente chamar a atenção. É irresponsável. Precisa de atenção e ajuda contínuas. Faz “fitas”, grita e apresenta mau humor. Carece de auto-confiança. Sente-se inferiorizada ante os demais. Faz fanfarronices e exibicionismos.

Metodologia:

Amostra:

A amostra utilizada no estudo em questão constituiu-se por cento e quatro professores da pré-escola e do ensino primário, distribuídos por quatro escolas do Concelho de Santa Cruz, sendo que 90,2% são do sexo feminino e 9,8% do sexo masculino.

A idade dos participantes variou entre os vinte e quatro e os cinquenta e cinco anos, sendo a média de idades equivalente a 36,83 anos (*com um desvio-padrão 7,515*). Além disso, refira-se que cerca de 21,2% dos inquiridos se situava na faixa dos 21-30 anos; 47,1% na faixa dos 31-40 anos; 27,9% na faixa dos 41-50 anos e 3,8% tinham mais de 50 anos.

Não menos importante é a diferenciação dos sujeitos consoante o tempo de serviço, a qual se encontra estruturada de acordo com a classificação de Huberman (2000), e segundo a qual 10,7% dos professores se encontra na denominada “Entrada na carreira” (1-3 anos de ensino); 20,4% na “Fase de estabilização, consolidação de um reportório pedagógico” (4-6 anos de ensino); 60,2% na dita fase de “Diversificação, activismo” (7-25 anos de ensino) e 8,7% na fase “Serenidade, distanciamento afectivo” (25-35 anos de ensino). Mencione-se que, para além das já referidas fases, o autor postula a existência de uma outra, correspondente à fase de Desinvestimento (35-40 anos de ensino), sendo que nenhum dos inquiridos se encontrava nesta fase.

Instrumentos:

A avaliação das necessidades de (in) formação dos professores relativamente à PHDA em contexto escolar foi feita através de questionários anónimos, de auto-resposta, que abrangiam: questionário demográfico que incluía escola, sexo, idade e tempo de serviço; e questionário de avaliação do grau de informação de que dispõem os professores, relativamente à temática em questão, o qual se encontrava subdividido em seis questões de escolha múltipla, com as quais se pretendeu apurar o grau de conhecimento do conceito, das causas, dos sintomas, dos instrumentos de medida e da prevalência da PHDA, bem como a fonte de conhecimento da mesma e o facto dos professores manterem (ou terem mantido) contacto com caso (s) de hiperactividade infantil. Saliente-se que, esta última questão se encontrava subdividida em alíneas, intercaladas com quatro questões de resposta aberta, destinadas ao levantamento: a) das dificuldades sentidas aquando o contacto com crianças portadoras de PHDA; b) das instituições nas quais os professores procuram/procuraram apoio; c) da razão pela qual os professores se relacionam com as crianças com PHDA de modo distinto (em comparação com as crianças ditas normais); d) das dificuldades sentidas aquando a comunicação/estabelecimento de relação com os pais das crianças portadoras de PHDA.

Refira-se que numa outra questão de escolha múltipla, destinada ao levantamento do grau de conhecimento dos professores relativamente aos critérios de diagnóstico da perturbação em questão, se apresentaram, simultaneamente, critérios de diagnóstico da PHDA, da Perturbação de Comportamento e da Perturbação de Oposição, de modo a que se pudesse proceder, mais facilmente, à enumeração/despiste dos critérios frequentemente associados à PHDA.

Além das questões acima referidas, existiam, ainda, quatro questões do tipo “verdadeiro ou falso”, através das quais se procurou apurar as crenças dos professores relativamente às crianças com PHDA, ao tratamento, evolução e prognóstico da perturbação em questão, bem como ao seu papel face a tal problemática, em contexto escolar.

Procedimentos:

Os questionários foram entregues aos directores das escolas, que se encarregaram de os distribuir pelos professores, para que estes os pudessem preencher, em casa, sendo recolhidos uma semana depois. Terminada a recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento dos dados, recorrendo-se, para tal, ao SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e ao Excel 2003.

Refira-se que o estudo em questão pode ser considerado um estudo exploratório, tendo como base a técnica do questionário.

Apresentação dos Resultados:

Em resposta à questão “Sabe em que consiste a PHDA?”, 54,5% dos inquiridos respondeu “mais ou menos”; 44,6% afirmou saber do que se tratava e 1,0% alegou não saber.

Mencione-se que 48% dos professores referiu ter tido conhecimento da perturbação supramencionada mediante a literatura, 72,5% mediante a TV, 63,7% mediante a internet e 38,2% mediante colegas/amigos. Além disso, foram referidas outras fontes, nomeadamente acções de formação (11,5%), os alunos (5,8%), o contacto com crianças com PHDA (2,9%), um curso (8,7%), os familiares (1,0%) e, ainda, outras fontes não especificadas (1,9%).

No que concerne às causas da PHDA, mencione-se que, 79,0% apontou a existência de um desajustamento bioquímico no sistema nervoso como estando na origem da perturbação, 7,0% referiu a existência de uma lesão cerebral orgânica, 2,0% mencionou o desleixo dos pais e 16,0% afirmou não possuir informação a respeito deste aspecto. Não menos importante é a consideração segundo a qual 100% dos sujeitos referiu que “uma reacção alérgica a certo tipo de alimentos” não deveria ser apontada como causa.

Relativamente aos sintomas da PHDA, 83,2% dos professores alegaram estar informados, facto que não se verifica em relação aos instrumentos comumente utilizados para medir tal perturbação, já que cerca de 67,3% mencionaram não estar familiarizados com estes.

Quando questionados acerca do facto de manterem (ou já terem mantido) contacto com algum caso de hiperactividade infantil, 60,8% respondeu que sim, sendo que, entre uma vasta lista de dificuldades sentidas aquando a relação com tais crianças, se referiram, a título de exemplo, as dificuldades de controlo da atenção/interesse, motivação, concentração, agitação, agressividade e comportamento da criança, em geral. Ainda em relação ao contacto com estas crianças, saliente-se que 3,5% dos professores referiu que o seu relacionamento com estas foi/é fácil; 40,4% considerou-o normal; 50,9% classificou-o como difícil e 5,3% como muito difícil.

Não menos importante é a consideração segundo a qual 68,3% dos professores referiram contar (ou ter contado), a este propósito, com o auxílio de psicólogos, terapeutas da fala, pediatras, técnicos da educação especial, neuropediatra (s) e dos pais, para além da ajuda farmacológica. Além disso, no que respeita a instituições de apoio, propriamente ditas, mencionaram-se o(s) Centro(s) Psicopedagógico(s), o Hospital Central do Funchal, o(s) Centro(s) de saúde e uma Clínica Particular.

Quanto à existência de diferenças comparativamente ao seu relacionamento com outras crianças (ditas normais), 71,2% dos professores referiram notar desigualdades, apontando como causa o facto de, por exemplo, tais crianças apresentarem dificuldade em controlar a sua impulsividade, agressividade e inquietação motora, dificuldades na relação com os pares, bem como pouca atenção/concentração, sendo, portanto, encaradas como “crianças de difícil relacionamento”.

Finalmente, no que respeita à maior/menor dificuldade em comunicar e/ou estabelecer relação com os pais das crianças portadoras de PHDA, refira-se que 80,0% dos inquiridos alegou não sentir (ou ter sentido) qualquer dificuldade em fazê-lo.

Em resposta à questão “A PHDA é mais frequente:”, 44,6% dos professores referiu “No sexo masculino”; 30,7% “não há distinção entre os sexos”; 23,8% “não sei” e 1,0% “no sexo feminino”.

No que se refere aos critérios de diagnóstico da PHDA, menciona-se que 58,0% dos sujeitos desvalorizou o critério “Frequentemente, perde objectos importantes para o desempenho de tarefas ou em jogos (brinquedos, livros, material escolar, ...)”; 77,0% descurou o critério “Faculta respostas a perguntas que não foram completadas”; e 61,0% negligenciou o critério “Frequentemente, esquece-se de executar tarefas diárias comuns”, os quais constituem critérios de diagnóstico da PHDA (Gráfico I). Por outro lado, valorizou-se o critério “Frequentemente desafia activamente ou recusa obedecer aos pedidos/regras dos adultos” (55,0%), que é um critério de diagnóstico da Perturbação de Oposição.

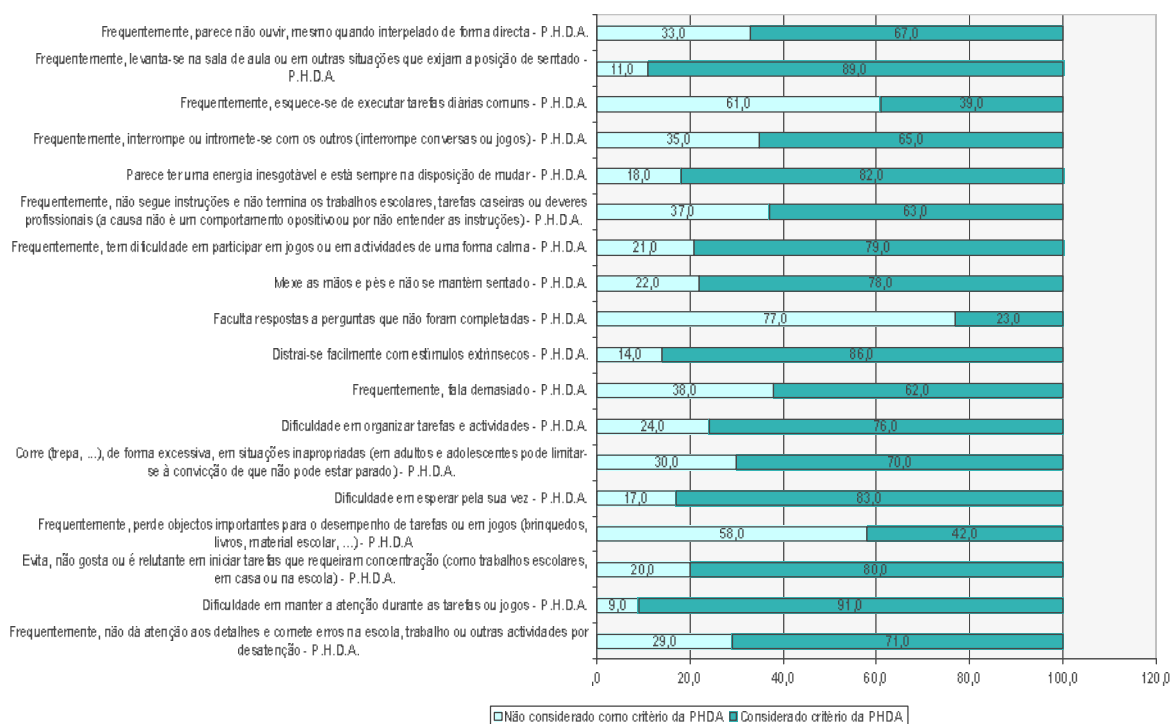


Gráfico I – Critérios de diagnóstico da PHDA.

Já no que se refere à secção destinada ao levantamento das crenças dos professores relativamente às crianças portadoras de PHDA, ao tratamento, à evolução/prognóstico desta e ao papel dos professores, verifica-se que grande parte dos inquiridos respondeu em conformidade com o que se crê acontecer, na realidade. Sendo que, tal como se pode verificar mediante a

análise do Gráfico V, os professores apenas discordam da possibilidade de se “sentar a criança de costas para a turma se a sua capacidade de atenção não melhorar”.

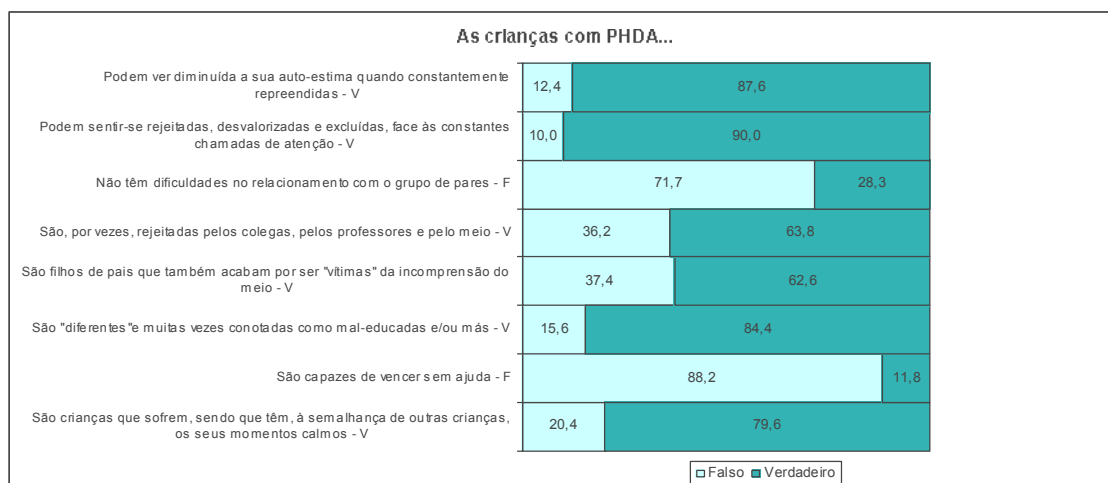


Gráfico II – Mitos & Crenças relativamente às crianças com PHDA.

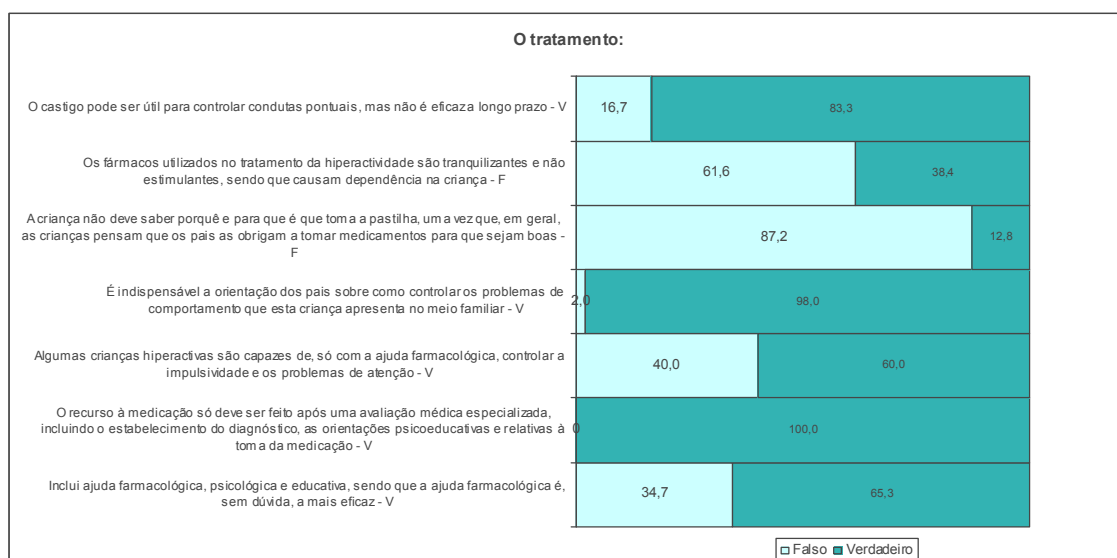


Gráfico III – Mitos & Crenças relativamente ao tratamento da PHDA.

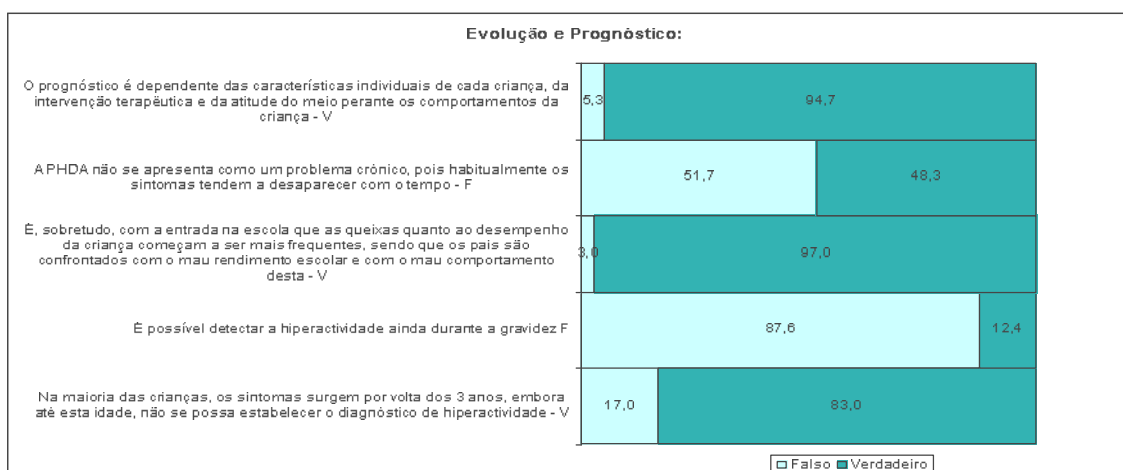


Gráfico IV – Mitos & Crenças relativamente à Evolução/Prognóstico da PHDA.

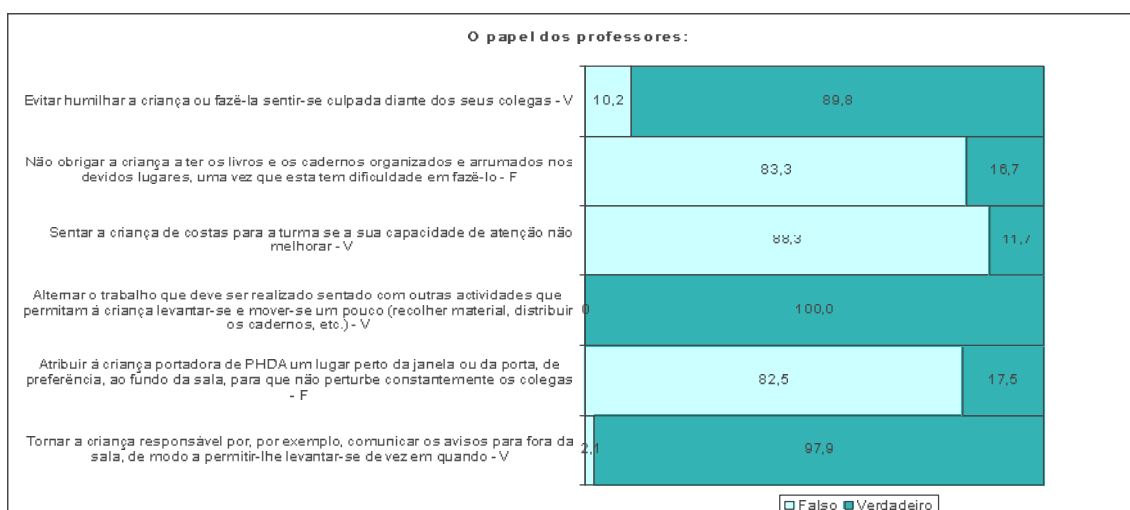
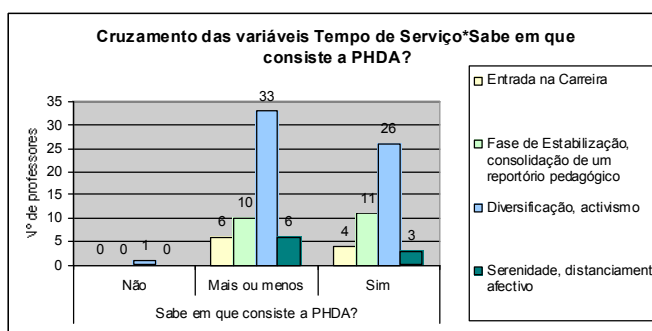


Gráfico V – Mitos & Crenças relativamente ao papel dos professores face à criança portadora de PHDA.

Recorrendo ao cruzamento de variáveis foi, ainda, possível obter informações mais detalhadas, quanto ao grau de informação de que dispõem os professores, relativamente à PHDA, em função do tempo de serviço. Para tal, optou-se por cruzar a variável “Tempo de Serviço” com as questões “Sabe em que consiste a PHDA?”; “Conhece os sintomas da PHDA?”; e “Como foi/é o seu relacionamento com a(s) criança(s) em questão?”

Em relação à questão “Sabe em que consiste a PHDA” e com base nas informações fornecidas pelo Gráfico VI, verifica-se que os seis professores (10,9%) situados na fase “Entrada na carreira”, alegaram saber “mais ou menos” em que consiste a PHDA, assim como os trinta e três (60,0%) que se situam na fase “Diversificação, activismo” e os seis (10,9%) que se encontram na fase “Serenidade, distanciamento afectivo”; finalmente, onze (25,0%) dos que se situam na “Fase de Estabilização, consolidação de um reportório pedagógico” afirmam saber do que se trata, enquanto outros dez (18,2%) afirmam saber “mais ou menos”.

Gráfico VI – Tempo de Serviço VS Sabe em que consiste a PHDA?



Já o Gráfico VII fornece-nos indicações relativamente à questão “Conhece os sintomas da PHDA?”, sendo que os cinquenta e um professores (61,4%) que melhor dizem conhecer tal perturbação, são os que se situam na fase “Diversificação, activismo”, seguidos dos dezasseis (19,3%) que se encontram na “Fase de Estabilização, consolidação de um repertório pedagógico”. Finalmente, aqueles (oito em cada fase) cujas fases da carreira são conhecida como “Entrada na Carreira” e “Serenidade, distanciamento afectivo”, correspondentes ao início e praticamente ao fim da carreira, afirmam conhecer os sintomas da PHDA de forma semelhante (9,6%).

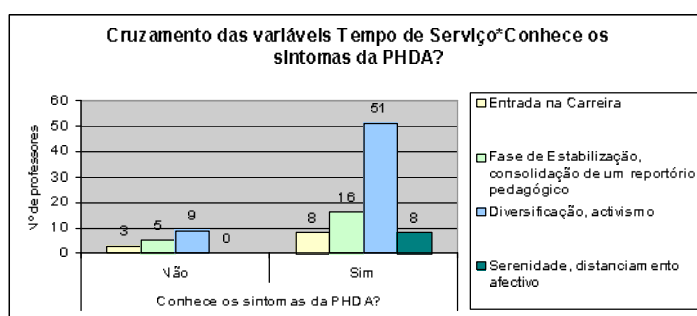


Gráfico VII – Tempo de Serviço VS Conhece os sintomas da PHDA?

Não menos importante, é a informação fornecida pelo Gráfico VIII, segundo o qual se obtém uma visão acerca do grau de dificuldade dos professores em lidar com crianças portadoras de PHDA (caso mantenham/tenham mantido, no passado, relação com algum caso de hiperactividade infantil), consoante o número de anos de serviço. Assim sendo, verifica-se que os sete professores (24,1%) em início de carreira referem que o relacionamento com crianças portadoras de PHDA é/foi difícil; quatro dos professores (18,2%) que se situam na “Fase de Estabilização, consolidação de um repertório pedagógico”, parecem considerar o relacionamento normal, embora existam outros três (10,3%) que o consideram difícil. Por seu turno, a opinião dos professores que se encontram na fase conhecida por “Diversificação, activismo”, encontra-se dividida (dezasseis professores por categoria) entre o normal (72,7%) e

o difícil (55,2%), sendo que os três (10,3%) que se enquadram na fase “Serenidade, distanciamento afectivo” tendem a achar o relacionamento com as crianças portadoras de PHDA difícil.

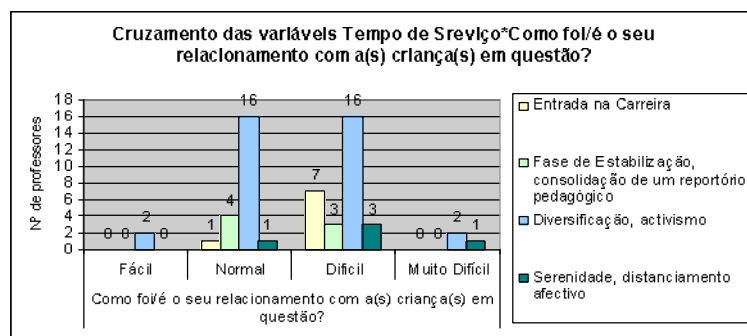


Gráfico VIII – Tempo de Serviço VS Como foi/é o seu relacionamento com a(s) criança(s) em questão?

Discussão dos resultados:

Partindo da análise dos resultados anteriormente apresentados, pode-se constatar que, de um modo geral, os professores afirmam estar minimamente informados relativamente ao conceito de PHDA. Tal conhecimento parece provir, essencialmente, da TV e da internet, sendo que se crê que a origem de tal perturbação radica, fundamentalmente, na existência de um desajustamento bioquímico no sistema nervoso, à semelhança do que é descrito na literatura actual, embora se tenham apontado outras causas possíveis. Quanto aos sintomas da PHDA, saliente-se que a maioria dos inquiridos alegou estar informada, o que, de facto, parece ocorrer, uma vez que, de um modo geral, estes identificaram, relativamente bem, de entre uma vasta lista de sintomas típicos das “Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção” (DSM-IV, 1996), aqueles considerados como critérios da PHDA, sendo que apenas desconsideraram três dos seus sintomas (*“frequentemente perde objectos importantes para o desempenho de tarefas ou jogos [brinquedos, livros, material escolar, ...]; “faculta respostas a perguntas que não foram completadas” e “frequentemente esquece-se de executar tarefas diárias comuns”*), tendo acrescentado um dos sintomas da Perturbação de Oposição (*“frequentemente desafia activamente ou recusa obedecer aos pedidos/regras dos adultos”*) – vide gráficos IV e V. Saliente-se que o facto de se ter considerado este último sintoma como um dos critérios de diagnóstico da PHDA poderá constituir um indicador da existência de uma certa dificuldade em distinguir traços característicos da PHDA daqueles que caracterizam a Perturbação de Oposição. Mais especificamente, parece existir alguma dificuldade em diferenciar o evitamento das tarefas escolares (típico nos sujeitos com PHDA) da resistência em

executar tarefas laborais ou escolares que requeiram dedicação pessoal, pela sua recusa a aceitar exigências dos outros, (típica em crianças com comportamentos de oposição) – vide diagnóstico diferencial. Por outro lado, considera-se que tal confusão poderá estar relacionada com o facto de, não raras as vezes, as perturbações acima descritas ocorrerem em simultâneo, o que poderá contribuir para que ambas sejam classificadas como uma mesma perturbação.

Relativamente à prevalência da PHDA, mencione-se que a maior parte dos professores referiu que esta afecta, à semelhança do que sugere a literatura, sobretudo o sexo masculino, embora muitos considerem que não há distinção entre os sexos.

Não menos importante é a consideração segundo a qual grande parte dos professores referiu manter (ou já ter mantido) contacto com algum caso de hiperactividade infantil, tendo sido referidas dificuldades específicas aquando da relação com tais crianças, nomeadamente: dificuldades de controlo da atenção/interesse, motivação, concentração, agitação, agressividade e comportamento da criança. Além disso, considera-se que, comparativamente ao relacionamento com outras crianças (ditas normais), se notam diferenças na relação com aquelas que padecem de PHDA, o que nos remete para a possibilidade de os professores necessitarem de mais (in) formação relativamente ao modo de actuação perante os comportamentos da criança hiperactiva no contexto escolar (apesar de, quando questionados acerca do seu papel face à criança hiperactiva, estes terem respondido de acordo com o esperado). Ainda a propósito do contacto/relação com crianças portadoras de PHDA, mencione-se que um considerável número de professores afirma contar (ou ter contado) com o auxílio de outros profissionais, bem como de determinadas instituições de apoio, pelo que se pode constatar que os inquiridos procuram adoptar “(...)uma abordagem multidisciplinar quer para a identificação, quer para o tratamento da perturbação em questão (...)” (Kewley 1999; British Psychological Society [BPS] 2000; Cooper 2006, citados por Wheeler et al., 2008).

No que se refere às características das crianças portadoras de PHDA, à evolução/prognóstico e ao tratamento desta perturbação, bem como ao papel dos professores face à criança hiperactiva, mencione-se que não se destacam mitos e/ou crenças consideradas relevantes, pelo que se considera que, de um modo geral, os professores tendem a responder em conformidade com o que descreve a literatura.

Ressalte-se que, tendo em consideração o tempo de serviço dos professores, se verifica que aqueles que mais afirmam saber em que consiste a PHDA e conhecer os seus sintomas, são os que exercem a sua função a mais de sete anos e a menos de vinte e cinco [os que se encontram na fase “diversificação, activismo”, a qual poderá ser encarada como uma fase intermédia do ciclo de vida dos professores, segundo a classificação de Huberman (2000)], o que nos remete para a possibilidade destes possuírem tamanha informação em virtude das especificidades da

fase em que se encontram. Ou seja, a constatação de que os professores que se situam nesta fase revelam estar mais informados do que aqueles cujo tempo de serviço é inferior ou superior poder-se-á justificar pelo facto de, habitualmente, nesta etapa, estes procurarem preservar o *status* adquirido, procedendo, para tal, à “atualização necessária à conservação do entusiasmo”. Da mesma forma, são estes que mais manifestam a sua opinião relativamente ao relacionamento com as crianças em questão, sendo que o mesmo é maioritariamente descrito como “normal” ou “difícil” (em proporções semelhantes). O facto destes se pronunciarem mais em relação ao modo como interagem com crianças portadoras de PHDA poderá indicar que, chegada esta fase, os professores terão, supostamente, tido maior oportunidade de contacto com crianças com PHDA, pelo que se revelam mais capazes de descrever/sumarizar o seu modo de relacionamento com as mesmas. Por outro lado, o facto de categorizarem, em parte, tal relação como “difícil”, remete-nos para a possibilidade de persistirem dúvidas quanto ao modo de actuação perante estas.

Face a tais resultados, poder-se-á afirmar que, apesar de persistirem certas dúvidas relativamente às causas, à manifestação dos sintomas, à prevalência da PHDA, bem como ao modo de actuação perante crianças hiperactivas, entre outros aspectos, e contrariando, em parte, a opinião de Bellini e Benczik (2002), os professores parecem estar minimamente informados relativamente à perturbação em questão. Ainda assim, importa muni-los de mais e melhor informação, de modo a que se esbatam quaisquer dúvidas inerentes a esta problemática, facto que concorreria para uma optimização da intervenção a nível da PHDA em contexto escolar.

Uma análise detalhada dos resultados permite-nos aferir algumas limitações deste estudo, que conduzem à necessidade do seu desenvolvimento, nomeadamente à reformulação do questionário, a qual implicaria a redução do número de questões e/ou a sua transformação em questões de escolha múltipla, visto terem sido detectadas algumas não respostas (mais especificamente no que concerne às questões de resposta aberta).

Refira-se que, de modo a dar continuidade ao presente estudo, importaria proceder à inclusão de um maior número de escolas B1°C com PE, o que permitiria confrontar os resultados alcançados nas escolas consideradas, com os resultados obtidos nas restantes escolas da RAM. Não menos interessante seria a expansão do estudo a outros anos que não os abrangidos na presente investigação, de forma a se proceder à comparação do grau de informação de que dispõem os professores relativamente à problemática abordada, em diferentes níveis de ensino.

Referências Bibliográficas:

American Psychiatric Association (1996). DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações entais. Lisboa: Climepsi.

- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D. A. & Henao, G. C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia [Electronic Version]. *Revista de Neurología*, 7 (7), 608-615. Retrieved 19/11/08 from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3707/p070608.pdf>
- Bellini, E., & Benczik, P. (2002). Trastorno de deficit de atenção/hiperactividade: Actualização Diagnóstica e Terapêutica: um guia de orientação para profissionais. (2ªed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Blázquez-Almería *et al.*, (2005). Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH [Electronic Version]. *Revista de Neurología*, 41 (10), 586-590. Retrieved 19/11/08 from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4110/t100586.pdf>
- Branco, A.S. & Fernandes, A. (2004). Terapêutica Farmacológica na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção [Electronic Version]. *Acta Pediatr Port*, 35, 249-254. Retrieved 19/11/08 from http://amrf.no.sapo.pt/TF_PHDA.pdf
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J. & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? [Electronic Version]. *Revista de Neurología*, 42 (2), 127-134. Retrieved 19/11/08 from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/42S02/uS02S127.pdf>
- Fernandes, A. (2001). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção [Electronic Version]. *Acta Pediatr Port*, 32, 91-98. Retrieved 19/11/08 from <http://amrf.no.sapo.pt/PHDA.pdf>
- Huberman, M. (2000). O ciclo de vida profissional dos professores. In Nóvoa, A. (Ed.), *Vidas de professores*. Porto: Porto Editora.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A. & Montiel-Barbero, I. (2006). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos [Electronic Version]. *Revista de Neurología*, 37 (9), 815-819. Retrieved 19/11/08 from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3709/p090815.pdf>
- Ortiz-Luna, J. A. & Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos [Electronic Version]. *Revista de Neurología*, 42 (1), 17-21. Retrieved 19/11/08 from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4201/u010017.pdf>

- Polaino-Lorente, A., & Ávila, C. (2004). Como viver com uma criança hiperactiva: comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar (1ª ed.). Lisboa: Edições ASA
- Rodríguez-Jiménez *et al.*, (2001). Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de transtorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia [Electronic Version]. *Revista de Neurología*, 33 (2), 138- 144. Retrieved 19/11/08 from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3302/1020138.pdf>
- Trenas, A. F. R., Cabrera, J. H. & Osuna, M. J. P. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad [Electronic Version]. *Psicothema*, 20 (4), 691-696. Retrieved 06/11/08 from <http://www.psicothema.com/pdf/3542.pdf>
- Weyandt, L. L. & DuPaul, G. J. (2008). ADHD in college students: developmental findings [Electronic Version]. *Developmental Disabilities: Research Reviews*, 14, 163-177. Retrieved 06/04/09 from the Wiley InterScience database
- Wheeler, L., Pumfrey, P., Wakefield, P. & Quill, W. (2008). ADHD in schools: prevalence, multiprofessional involvements and school training needs in an LEA [Electronic Version]. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13 (3), 163-177. Retrieved 06/04/09 from <http://www.informaworld.com/10.1080/13632750802253137>
- Zambom, L. F., Oliveira, M. S. & Wagner, M. F. (2006). *A técnica da economia de fichas no transtorno de deficit de atenção e hiperactividade* [Electronic Version]. Retrieved 20/10/08 from <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0306.pdf>