

Escola Superior de Educação João de Deus

**Mestrado do Ensino do 1.º Ciclo do Ensino
Básico (Pré-Bolonha)**

Licenciados Pré-Bolonha

“Aprender para Ajudar – PHDA”

Tânia Alexandre Morais Roberto

Lisboa, junho de 2013

Escola Superior de Educação João de Deus

**Mestrado do Ensino do 1.º Ciclo do Ensino
Básico (Pré-Bolonha)**

“Aprender para Ajudar - PHDA”

Tânia Alexandre Morais Roberto

Lisboa, junho de 2013

Relatório apresentado para obtenção do Grau Mestre em 1.º Ciclo sob a orientação do
Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Folha de Secretaria

Agradecimentos

Este estudo não estaria concluído sem antes prestar os mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que deram o seu contributo para a sua concretização.

Começo por agradecer ao Professor Doutor Horácio Saraiva, orientador da tese, um sincero agradecimento pela disponibilidade, estímulo, orientação, apoio e incentivo constantes.

Agradeço à Telma, à Tânia e à Cláudia pelo incentivo, por todo o apoio prestado, pelo companheirismo demonstrado ao longo de todo este percurso.

Aos meus colegas da organização onde leciono, que se disponibilizaram para colaborar neste trabalho, e sem os quais este não teria sido possível de concretizar.

Por último, os meus agradecimentos são para a minha família.

Obrigado ao meu marido e ao meu filho Diogo, pelo constante apoio, companheirismo, amizade, sem o qual eu não teria conseguido chegar ao fim.

Obrigado aos meus pais que sempre me incentivaram e encorajaram na realização deste “meu projeto”. E não me poderia esquecer do meu cunhado, que muito me ajudou a estruturar, analisar e planificar o meu trabalho.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

Resumo

O presente estudo teve como objetivo investigar que estratégias poderão ser implementadas na sala de aula e fora dela, de modo a dar resposta a um aluno com PHDA.

Esta temática surge devido a, cada vez mais, os professores serem confrontados com alunos com PHDA e por vezes não saberem dar as “respostas” mais corretas aos mesmos.

Assumi a forma de estudo de caso, onde foram realizadas entrevistas a um aluno com PHDA e ao seu encarregado de educação, precedido de um inquérito a um grupo de professores do 1.º ciclo do Ensino Básico de um colégio privado, da área metropolitana de Lisboa.

Com este estudo, foi possível verificar que os professores desempenham um papel muito importante, não só no processo de ensino aprendizagem, mas também na intervenção junto da família. Os participantes demonstram ter conhecimento sobre o PHDA, no que diz respeito às características bem como às estratégias a utilizar. No quotidiano do seu trabalho com estas crianças, revelaram utilizar metodologias diferentes e diversificadas.

Palavras-chave – Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção, comportamento, estratégias de intervenção, professor.

Abstract

The current study has as main goal to investigate which strategies can be implemented inside and outside the classroom, in order to respond to the needs of a student with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

This discussion arises due to the fact that more and more teachers are confronted with the reality of students with ADHD and sometimes don't know the best way to deal and respond to those students.

In order to build this case study, a student with this condition was taken as an example and then several interviews were performed to the student with ADHD as well as to his legal guardians. Before these interviews an inquiry was also done to a group of primary school teachers from a private school in the metropolitan Lisbon area.

By performing this study it was possible to realize the great importance that teachers have, not only on these students' learning process as well as their intervention next to the family and also to evaluate the knowledge of teachers about ADHD and which actions and strategies are used by them in class.

However, those results revealed that teachers use different strategies with these children in their daily work.

keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Behavior, intervention strategies, teacher.

Índice

Agradecimentos.....	V
Resumo	VI
Abstract	VII
Índice.....	VIII
Índice de gráficos.....	X
Índice de quadros	XI
Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico (Revisão da Literatura).....	2
1.1. Hiperatividade / Défice de Atenção – História e definição.....	2
1.2. Crianças hiperativas	4
1.2.1. As suas características.	6
1.3. Problemas associados à perturbação de hiperatividade com défice de atenção. 8	
1.3.1. Dificuldades de aprendizagem	8
1.3.2. Problemas emocionais.....	10
1.3.3. Perturbações do comportamento (desafio-opositor).....	10
1.3.4. Imaturidade afetiva	11
1.4. Causas da Hiperatividade infantil	11
1.5. Hiperatividade no seio familiar.....	12
1.6. Intervenção Terapêutica.....	15
1.6.1. Contexto familiar e escolar.....	16
1.6.2. Intervenção Farmacológica.....	17
1.7. Inclusão do aluno com PHDA.....	18
1.7.1. A evolução da inclusão em Portugal	20
Capítulo 2. Metodologia	24
2.1. Objetivos da investigação.....	24
2.2. Caracterização do âmbito da pesquisa.....	24
2.2.1. Caracterização do aluno	24
2.2.2. Caracterização do Contexto Institucional	26

2.3. Técnicas e critérios de Recolha de Dados.....	28
2.3.1. Entrevista.....	29
2.3.2. O Inquérito por questionário.....	35
2.3.3. Análise documental.....	41
Capítulo 3. Análise e apresentação de dados do questionário	42
3.1. Análise do inquérito	42
3.2. Discussão dos resultados do inquérito	56
3.3. Análise da Entrevista ao Encarregado de Educação	59
3.4. Análise da Entrevista ao “Rodrigo” (nome fictício)	62
3.5. Análise de documentos e relatórios.....	64
Linhas Futuras de Investigação	67
Reflexão Final.....	68
Referências Bibliográficas.....	71

Índice de gráficos

Gráfico 3.1 – Idade dos professores inquiridos.	42
Gráfico 3.2 – Género dos professores inquiridos.	43
Gráfico 3.3 – Nível académico.	43
Gráfico 3.4 – Anos de leccionação.	44
Gráfico 3.5 – Situação profissional do docente.	44
Gráfico 3.6 – Ano escolar que lecciona.	45
Gráfico 3.7 – Grau de informação anterior sobre PHDA.	45
Gráfico 3.8 – Tipo de Formação anterior sobre PHDA.	46
Gráfico 3.9 – Estatística das respostas à questão 1.	46
Gráfico 3.10 – Estatística das respostas à questão 2.	47
Gráfico 3.11 – Estatística das respostas à questão 3.	48
Gráfico 3.12 – Estatística das respostas à questão 4.	49
Gráfico 3.13 – Estatística das respostas à questão 5.	50
Gráfico 3.14 – Estatística das respostas à questão 6.	50
Gráfico 3.15 – Estatística das respostas à questão 7.	51
Gráfico 3.16 – Estatística das respostas à questão 8.	51
Gráfico 3.17 – Estatística das respostas à questão 9.	52
Gráfico 3.18 – Estatística das respostas à questão 10.	53
Gráfico 3.19 – Estatística das respostas à questão 11 para estratégias que “Nunca” devem ser utilizadas.	54
Gráfico 3.20 - – Estatística das respostas à questão 11 para estratégias que devem ser utilizadas “Frequentemente”	55
Gráfico 3.21 – Estatística das respostas à questão 11 para estratégias que devem ser “Sempre” utilizadas.	56

Índice de quadros

Quadro 1.1 – Indicadores de hiperatividade em momentos evolutivos distintos. Fonte: Gutiérrez – Moyano e Becoña (1989) in Garcia 2001	5
Quadro 2.1 – Guião da Entrevista ao Encarregado de Educação	33
Quadro 2.2 – Guião da Entrevista ao aluno	35
Quadro 2.3 – Habilitações académicas e conhecimento prévio sobre PHDA.....	36
Quadro 2.4 – Possibilidades de resposta à questão 1.	36
Quadro 2.5 – Possibilidades de resposta à questão 2.	37
Quadro 2.6 – Possibilidades de resposta à questão 3.	37
Quadro 2.7 – Possibilidades de resposta à questão 4.	38
Quadro 2.8 – Possibilidades de resposta à questão 5.	38
Quadro 2.9 – Possibilidades de resposta à questão 6.	38
Quadro 2.10 – Possibilidades de resposta à questão 7.	38
Quadro 2.11 – Possibilidades de resposta à questão 8.	39
Quadro 2.12 – Possibilidades de resposta à questão 9.	39
Quadro 2.13 – Possibilidades de resposta à questão 10.....	40
Quadro 2.14 – Possibilidades de resposta à questão 11.....	41

Introdução

Este estudo foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado do Ensino do 1.º ciclo do Ensino Básico (Pré-Bolonha), a escolha deste tema prendeu-se com a necessidade de aprender mais sobre a Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), de modo a poder ajudar e perceber cada vez melhor as crianças com esta perturbação.

Neste sentido, dadas as preocupações sentidas, realizámos este trabalho de investigação com a finalidade de conhecer melhor esta perturbação e compreender opiniões de professores e pais sobre este tema, pois embora seja um tema muito estudado nos últimos anos, continua a ser um grande problema nas escolas e famílias portuguesas.

Um dos desafios que se coloca hoje em dia aos professores e à Escola é o de educar todos os alunos sem exceção. O direito de todos os alunos à Educação é inquestionável, no entanto existem ainda práticas que têm de ser alteradas, de modo a que esse direito se torne uma realidade.

De modo a contribuir para uma melhor compreensão dos possíveis obstáculos que se colocam às crianças com PHDA, e quais as estratégias que poderão ser implementadas de modo a dar-lhes resposta, realizou-se um estudo de caso, precedido de um inquérito a um grupo de Professores do 1.º ciclo do Ensino Básico de um colégio privado, na zona metropolitana de Lisboa. O inquérito / questionário realizado, já tem sido utilizado em estudos anteriores pela equipa do Cadin e pela Dr.^a Maria Lourenço, a fim de aferir as atitudes dos professores quanto à problemática da PHDA.

No primeiro capítulo do trabalho, de modo a compreender melhor o tema apresentado, apresenta-se a revisão da literatura. No segundo capítulo, procede-se à apresentação da metodologia de estudo, designadamente os objetivos da investigação, a caracterização do âmbito da pesquisa, as técnicas e critérios de recolha de Dados. No terceiro capítulo é dado a conhecer a análise e apresentação de dados relativos ao inquérito e às entrevistas realizadas e também a análise realizada a documentos. Por fim, num último capítulo, descrevem-se as conclusões finais do estudo e seus contributos para práticas educativas futuras.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico (Revisão da Literatura)

1.1. Hiperatividade / Défice de Atenção – História e definição

De modo a contextualizar melhor o tema do nosso projeto passamos a apresentar a história e a definição do conceito Hiperatividade / Défice de Atenção, de forma a compreender e conhecer a relação existente entre os Problemas de Aprendizagem nas crianças do 1.º ciclo, bem como a dificuldade que os professores sentem quando se confrontam com uma criança, a quem foi diagnosticada esta perturbação.

As primeiras concepções relacionadas com o termo Hiperatividade, na altura, designada como ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), aconteceram nos finais do séc. XIX. Antes destas investigações, os únicos responsáveis pelas “atitudes incorrectas” dos filhos eram os pais.

No princípio do séc. XX, no ano de 1902, Still (citado por Lopes, 2003), foi um dos primeiros a descrever os sintomas que se aproximam dos sintomas considerados como manifestações fundamentais da PHDA. Still concluiu que o problema destas crianças deveria ser de origem biológica, referiu também que alguns membros das famílias destas crianças tinham problemas psiquiátricos, tais como depressão, alcoolismo, problemas de conduta.

No ano de 1935, Childers referiu-se a este distúrbio como Síndrome de Irrequietude. Até que no ano de 1947, surgem os primeiros estudos sobre a Hiperatividade. Strauss e os seus colaboradores apresentaram o que foi considerado a primeira descrição clínica, referindo que as crianças com este prognóstico eram principalmente afectadas ao nível comportamental.

Desde então muitas investigações foram realizadas. Em 1979 Safer e Allen definiam a Hiperatividade como “uma norma de atividade excessiva em situações que requerem inibição motora e que é persistente ou continua ano após ano.” (citado por Bautista, 1997, p. 160).

Assim surgem as principais características associadas à Hiperatividade:

- Falta de atenção;
- Dificuldades de aprendizagem perceptivo-cognitivas;
- Problemas de comportamento;
- Falta de maturidade;
- Impulsividade;
- Ansiedade e dificuldade de relacionamento com os outros.

Nos anos 80, a *American Psychology Association (APA)*, substitui o termo de Hiperatividade por Défice de Atenção com Hiperatividade. Estabelecendo os seguintes critérios de diagnóstico:

1. Falta de Atenção
2. Impulsividade
3. Hiperatividade.

Relativamente à sua definição, Barkley (1990) definiu a Hiperatividade como um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus de desenvolvimento inapropriados de desatenção, sobreatividade e impulsividade, os quais teriam início na primeira infância. Estas dificuldades apareciam associadas a défices no comportamento e cumprimento de regras.

Garcia (2001, p.2) em relação ao conceito de Hiperatividade afirma: *“para alguns especialistas trata-se de um síndrome (conjunto de sintomas característicos de uma determinada enfermidade) que tem, provavelmente, uma origem biológica, ligada a alterações no cérebro, causadas por factores hereditários ou resultantes de uma lesão, enquanto para outros, constitui um modelo de conduta persistente em situações específicas.”*

Falardeau (1997) define a Hiperatividade por uma diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre. O hiperativo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas sim de controlo.

Os neurologistas insistem que a Hiperatividade deriva de deficiências ou anomalias cerebrais, por outro lado os psiquiatras caracterizam a Hiperatividade essencialmente como uma atividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade.

Taylor (1991) refere que a atividade motora excessiva, a falta de atenção e a impulsividade constituem um traço característico do indivíduo e se verificam sempre, seja qual for o ambiente onde estão inseridos. (Garcia,2001)

1.2. Crianças hiperativas

As crianças hiperativas são, normalmente, desordenadas, descuidadas, distraídas na sala de aula, raramente finalizam os trabalhos, tarefas propostas e apresentam sempre uma atividade permanente e incontrolada. Tais crianças têm dificuldade em permanecer sentadas e quietas, são muito impacientes, não conseguindo esperar pela sua vez nas atividades em que participam com outros indivíduos. São desobedientes, parecendo não ouvir as ordens dos adultos. Muitas vezes sofrem muitos acidentes, devido a não medirem os perigos.

Associada à Hiperatividade surge o Déficit de Atenção, as crianças com PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção) podem ter um comportamento hiperativo, desatenção e dificuldade na concentração. Este padrão é considerado quando é mais acentuado do que aquele que é próprio para a idade. Algumas crianças podem só mostrar sinais de desatenção.

A criança com PHDA que é desatenta tem dificuldade em seguir instruções, em manter a atenção nas atividades da escola e em casa, perde objetos necessários às suas atividades diárias, não “ouve” os adultos, não presta atenção a pormenores, aparenta ser desorganizada, tem dificuldade em concluir tarefas, esquece-se de coisas e distrai-se facilmente.

A criança com PHDA que é hiperativa/impulsiva corre ou trepa de forma inapropriada, é irrequieta, responde fora do contexto, não consegue brincar sossegada, interrompe as pessoas que estão a falar, não consegue estar sentada por muito tempo, fala demasiado, tem dificuldade em esperar pela sua vez, não para quieta.

Para além destas características, surgem também problemas relacionados com indisciplina, incumprimento ou ultrapassagem de normas estabelecidas, auto-estima, instabilidade e fragilidade emocionais, escassa tolerância à frustração e, com frequência, o insucesso escolar.

Segundo o DSM-III-R (APA, 1987), embora a hiperatividade se mantenha nas diferentes etapas evolutivas da criança, as suas manifestações variam com a idade.

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

Quadro 1.1 – Indicadores de hiperatividade em momentos evolutivos distintos. Fonte: Gutiérrez – Moyano e Becoña (1989) in Garcia 2001

Durante estas etapas evolutivas surgem grandes diferenças. Nos primeiros anos, as crianças são mais impulsivas e solitárias, à medida que se avança na idade, o excesso de actividade motora diminui mas tornam-se mais impacientes e incomodadas quando lhes é exigido que realizem tarefas. Estas circunstâncias vão contribuir para o insucesso escolar.

Barkley (2009) refere que os sintomas hiperativos aparecem nas crianças mais cedo do que os sintomas de desatenção e vão diminuindo de frequência e intensidade ao longo do desenvolvimento, enquanto os comportamentos de desatenção são mais estáveis ao longo do tempo. Na idade adulta, estes comportamentos (desatenção,

hiperatividade e impulsividade) tendem a diminuir de frequência e intensidade e passam a manifestar-se sob características diferentes.

É importante referir que a hiperatividade é mais frequente no género masculino que no género feminino. Estima-se que aproximadamente 3 a 5 por cento das crianças escolarizadas são hiperativas.

1.2.1. As suas características.

O diagnóstico clínico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é uma avaliação muito complexa, por isso é indispensável recorrer a uma avaliação com profissionais experientes nesta área.

Os últimos critérios de diagnóstico de PHDA encontram-se apresentados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação de Psiquiatria Americana – DSM-IV-TR (2002).

Para a existência de um diagnóstico de PHDA a criança terá que apresentar 6 ou mais comportamentos de falta de atenção e/ou 6 ou mais comportamentos de hiperactividade, pelo menos durante os últimos seis meses. Os critérios de diagnósticos são os seguintes:

- Seis dos seguintes sintomas de Falta de Atenção:
 - com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares;
 - com frequência tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou actividades;
 - com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
 - com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
 - com frequência tem dificuldade em organizar tarefas e actividades;
 - com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido;
 - com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades;

- com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
 - esquece-se com frequência das actividades quotidianas.
- Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade – Impulsividade:
 - Hiperatividade:
 - com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
 - com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
 - com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo;
 - com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividade de ócio;
 - com frequência anda ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;
 - com frequência fala em excesso;
 - Impulsividade
 - com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
 - com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;
 - com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros.
 - iniciam uma conversa em momentos inoportunos;
 - mexem nas coisas que não é suposto mexer;
 - fazem palhaçadas;
 - interferem ou agarram nos objectos que não lhe pertencem;
 - podem envolver-se em situações perigosas sem terem em conta as consequências.

A partir destes critérios de diagnóstico as perturbações de Hiperatividade/ Défice de Atenção podem ser dos seguintes tipos:

- Tipo Predominantemente Desatento, que ocorre quando são observados 6 ou mais comportamentos de falta de atenção e menos de 6 comportamentos de hiperactividade-impulsividade.
- Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo, que é observado quando existem 6 ou mais sintomas de hiperactividade-impulsividade e menos de 6 sintomas de falta de atenção.
- Tipo Misto, ocorre quando são observados 6 ou mais sintomas de ambas as categorias.

A avaliação do PHDA é realizada a partir de fontes de informação, ou seja, entrevistas feitas à criança, aos pais, aos professores ou a outras pessoas relacionadas com a criança.

Mas esta avaliação passa por determinadas fases:

1. Informação anamnésica;
2. Questionário e Escalas de PHDA;
3. Observação direta dos comportamentos;
4. Avaliação neuropsicológica;
5. Avaliações Complementares.

1.3. Problemas associados à perturbação de hiperatividade com défice de atenção.

1.3.1. Dificuldades de aprendizagem

As crianças que apresentam Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção demonstram fraca conquista académica (Barkley, 1998; Forness & Kaude, 2001, citado por Dupaul G. e Stone G. 2007, p.65).

Para Barkley (citado por Lopes, 2004) as dificuldades que as crianças hiperativas sentem resultam dos problemas de atenção, impulsividade.

No contexto de sala de aula estas crianças exibem taxas de comportamento mais baixas, relativamente à realização de tarefas e trabalho autónomo, comparativamente aos restantes colegas. (Abikoff e outros, 1997, citado por Dupaul G. & Stoner G. 2007, p.65).

O ambiente escolar e de sala de aula são muito exigentes para as crianças que apresentam este tipo de perturbação, não só pelas competências que estes deverão adquirir como, também, pelas competências sociais que lhes são exigidas.

Espera-se que estas crianças demonstrem capacidades de aprendizagem, bem como comportamentos sociais adequados, tais como, aguardar pela sua vez, respeitar as regras da sala de aula, partilhar espaços e objetos, aprender a brincar, entre outros.

Segundo a definição de hiperatividade, as crianças que apresentam este distúrbio tem grande dificuldade na adesão de regras e instruções. Desta forma apresentam problemas no que diz respeito ao cumprimento de ordens, demonstram frustração de desejos e dificilmente seguem instruções sem a presença de um adulto.

Associados a estes problemas surgem dificuldades em expressar-se, dificultando a comunicação, pois tanto a linguagem oral como a escrita requerem planeamento de sequências de palavras, frases.

Segundo Goldstein, S. e Goldstein, M. (1994), algumas crianças têm dificuldades de aprendizagem, embora a maioria seja capaz de aprender, apesar de terem dificuldades na focalização da atenção.

Estas crianças têm muita dificuldade em manter a atenção em atividades que não lhes geram interesse. Aborrecem-se, desconcentram-se nos deveres, enquanto um jogo de vídeo é capaz de captar a sua atenção durante horas. Esta falta de perseverança afeta, de forma significativa, o rendimento nos primeiros anos de escolaridade.

1.3.2. Problemas emocionais

As crianças hiperativas têm muito pouco controlo sobre os seus comportamentos, são imprevisíveis, gerando situações de tensão e consequentes birras, devido à sua escassa tolerância à frustração.

Segundo o DSM-III-R (Apa, 1987) a idade da criança também determina os problemas associados, onde se enquadram o défice de auto-estima, a instabilidade e a fragilidade emocionais. (citado por Garcia, 2001)

1.3.3. Perturbações do comportamento (desafio-opositor)

A relação entre a Hiperatividade e os problemas de conduta apresenta-se, desde o princípio, como problemática, pois é frequente os problemas comportamentais acompanharem a Hiperatividade, ao ponto de Safer e Allen (1979) indicarem que 80 por cento das crianças hiperativas demonstram distúrbios de conduta, sendo, também, a maioria daquelas que têm problemas de conduta, por sua vez, hiperactiva. Estas dificuldades surgem sobretudo na escola. (Garcia, 2001, p.15)

Segundo Falardeau (1997) as crianças hiperativas apresentam problemas graves de comportamento que, naturalmente, complicam a situação. Esses problemas geram reacções de oposição/provocação. Que podem ser de vários tipos:

- Contradizer o adulto;
- Recusar os pedidos ou os regulamentos dos adultos;
- Fazer deliberadamente coisas que incomodam os outros;
- Culpar os outros pelos seus próprios erros;
- Sentir-se facilmente incomodado pelos outros;
- Zangar-se rapidamente pela mais pequena provocação;
- Ser vingativo;
- Utilizar uma linguagem obscena.

A característica essencial do Problema Desafio-Opositor é um padrão recorrente do comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade.

Os comportamentos negativistas ou desafiadores são devido a teimosia persistente e resistência a ordens.

Durante os anos escolares, pode haver ainda baixa auto estima, irritabilidade do humor, baixa tolerância à frustração, blasfêmias e uso precoce do álcool, tabaco ou drogas ilícitas.

Existem, também, confrontos com outros, não se considerando negativista nem desafiante, justificando o seu comportamento como resposta natural a exigências ou situações desagradáveis.

1.3.4. Imaturidade afetiva

As crianças hiperativas sofrem de imaturidade afetiva, ou seja, reagem exageradamente a determinadas situações. Tornam-se rapidamente superexcitadas e difíceis de controlar. O que leva a que estas crianças não tenham amigos, ou então estes são muito mais novos do que elas.

Contudo, quando são interrogadas sobre ter amigos ou não, afirmam ter muitos amigos. É como se não se apercebessem desse problema. Portanto não é a integração social que mais contribui para a sua auto-confiança. Sentem-se mais afetadas pelos fracassos escolares repetidos e pela rejeição frequente por parte dos adultos.

1.4. Causas da Hiperatividade infantil

Será possível explicar as causas da Hiperatividade infantil? Apesar de ser um distúrbio frequente na infância, os fatores que o originam ainda não foram identificados de uma forma concreta.

Entre as possíveis causas destacam-se fatores biológicos, atraso na maturação, fatores pré e perinatais, influências genéticas e outras variáveis próprias do ambiente da criança. Contudo, não se pode afirmar que algum destes fatores seja responsável, separadamente, pela hiperatividade infantil.

A opinião mais aceita entre aqueles que trabalham com crianças hiperativas é que não existe apenas um fator responsável, mas sim múltiplos fatores que interagem entre si, exercendo cada um os seus próprios efeitos, numa acção conjunta. Ou seja, este distúrbio resulta de uma interação complexa de fatores genéticos, fatores de risco biológicos e do meio envolvente.

- Fatores de risco genéticos: Cerca de 25% das crianças com PHDA têm um familiar próximo com PHDA.
- Fatores de risco neurológicos: Alterações nos lobos frontais (responsáveis por funções executivas, como atenção, capacidade de antecipar consequências e organizar tarefas) – o neurotransmissor dopamina apresentam níveis inferiores aos normais dificultando a comunicação entre as células.
- Fatores de risco biológicos – o uso de tabaco e álcool durante a gravidez, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, as infecções do SNC e os traumatismos cranianos graves.
- Fatores de risco do meio envolvente – exposição a metais pesados (chumbo e mercúrio), o stress familiar e outras situações traumatizantes ou ansiógenas para a criança.

1.5. Hiperatividade no seio familiar

A hiperatividade representa na família, uma situação muito difícil de compreender. Estes sentem grandes dificuldades em perceber “as razões pelas quais uma criança de aparência absolutamente normal consegue ser tão cansativa, tão desgastante e tão pouco capaz de seguir instruções, orientações ou ordens” (Lopes, J. 2003,p. 213), uma vez que estas são constantemente repetidas.

Segundo Lopes J. (2003) “ muitos pais têm a secreta esperança de que, com o crescimento, a situação se altere” (p. 213), o que acaba por não acontecer levando os pais a viverem uma grande ansiedade, cansaço e sentimento de injustiça.

Na família, a hiperatividade, representa um desafio diário. As situações de conflito são mais frequentes e mais intensas do que noutras famílias com crianças da mesma idade, o que gera, nos pais, uma angústia e sentimento de culpa. A angústia vem, quase sempre, acompanhada de um grande sentimento de incompetência parental.

Estas famílias acabam por se irem isolando dos seus amigos e da própria família. O desgosto, por não conseguirem que os filhos se comportem como os demais, conduz frequentemente a uma grande tensão familiar que se reflete na relação conjugal. Os sentimentos generalizados de incompetência arrastam, frequentemente, uma necessidade de culpabilizar o outro pelo “mau comportamento” da criança hiperativa que, por sua vez, sente esta acusação dirigida a si mesma.

As recriminações mútuas, na melhor das hipóteses, não contribuem para a solução do problema, podem sim, passar a ser um dos mais sérios entraves a que sejam encontradas as melhores soluções. Quando as crianças sentem estas acusações o seu comportamento torna-se mais instável.

De modo, a quebrar este ciclo, é importante que os pais percebam o que é o PHDA, e como é que as suas características provocam desadaptações na vida da criança.

O PHDA afeta, não só as crianças em causa, mas também todos os membros da família. Se existir um ambiente amigável entre as crianças e a sua família, os efeitos negativos podem ser minimizados no seio familiar.

Stephen R. Covey (1999, cit. por Lopes, 2004, p. 215) enuncia um conjunto de regras que se podem tornar fundamentais na forma como lidar com estas crianças:

1. “Seja proactivo”. Isto é, devemos antecipar as situações, de modo a saber como devemos reagir perante elas. É preferível orientar a criança de uma forma a não surgir a situação-problema. A melhor forma de orientar é encontrar soluções alternativas e não cometer erros anteriores.
2. “Aja com um objectivo estabelecido”. É muito importante atuar com clareza, objetividade e de modo conciso.

3. “Ponha as coisas mais importantes em primeiro lugar”. Normalmente, os pais querem que os seus filhos façam todas as coisas muito bem-feitas, cumpram rotinas, mas para uma criança com PHDA isso torna-se uma grande dificuldade. Nestes casos, os pais devem “fechar os olhos” a uma ou duas coisas de modo a ser criado um ambiente satisfatório e não conflituoso. Russel Barkley (citado por Lopes, 2001, pág. 218) considera que é importante distinguir entre quatro tipos de trabalho e de responsabilidades em relação aos filhos: a) urgentes e importantes; b) urgentes e não importantes; c) importantes mas não urgentes; d) não importantes e não urgentes.
4. “Pense em vitória/vitória”. O significado deste princípio é o seguinte: à medida que a criança vai crescendo e se vai aproximando da adolescência, os pais têm que ter em atenção a forma como negociam com elas. As imposições que as crianças pequenas aceitam, não são as mesmas que um adolescente aceita. Os pais têm que negociar para que ambas as partes ganhem algo e não propriamente que uma ganhe tudo e a outra sinta que fica sem nada.
5. “Procure primeiro compreender e só depois ser compreendido”. É necessário que os pais tentem compreender as dificuldades dos filhos, de modo a conseguir compreendê-lo melhor. Assim os filhos também conseguirão perceber o esforço que é realizado pelos pais.
6. “Sinergize”. Se houver cumplicidade entre os pais é mais provável que a acção desejada seja alcançada com sucesso. Se os objectivos forem partilhados entre pais e filhos, negociados entre ambos, a probabilidade de sucesso vai ser maior.
7. “Renove-se”. Este princípio envolve todos os outros. É necessário que os pais pensem em si próprios, que se cuidem. Os pais também precisam de ter o seu espaço, onde possam renovar as suas forças para lidar o melhor possível com as suas crianças. Pois só assim arranjarão forças para não desistirem.

Os pais precisam de apresentar modelos comportamentais adequados, já que as crianças aprendem muito por imitação.

Russel Barkley (2000) enuncia 14 princípios orientadores de ação parental com crianças PHDA: (citado in Lopes, 2001, p. 221)

- Forneça feedback e consequências mais imediatas;
- Forneça feedback mais frequente;

- Utilize consequências maiores e mais poderosas;
- “Exteriorize” o tempo e estabeleça “pontes” entre tempos e acontecimentos;
- Exteriorize a informação importante no “ponto de realização”;
- Exteriorize a fonte de motivação no “ponto de realização”;
- Torne o pensamento e a resolução de problemas mais “físicos”;
- Esforce-se por ser consistente;
- Não pregue no deserto. Atue!
- Planeie antecipadamente o que fazer em situações problemáticas.
- Lembre-se de que o seu filho(a) tem uma dificuldade específica;
- Não personalize os problemas do seu filho(a);
- Saiba perdoar.

Resumindo, os pais não causam hiperatividade nos filhos, mas o seu modo de agir pode ampliar ou acalmar o comportamento hiperativo. É também imprescindível que os pais procurem ajuda quando perceberem as suas limitações para lidarem com os seus filhos.

1.6. Intervenção Terapêutica

De modo, a que exista uma intervenção terapêutica é necessário intervir no contexto familiar da criança, no contexto escolar e na própria criança.

O tratamento da criança com PHDA requer intervenções combinadas. As crianças e os adolescentes com esta desordem retirarão grandes benefícios se o seu tratamento envolver o domínio médico, educativo, comportamental e psicológico.

Segundo Barkley (2007) as intervenções terapêuticas mais eficazes são: Educação Parental e dos professores acerca do PHDA; Farmacologia; Intervenção Cognitivo-Comportamental; Treino Parental; Intervenção na relação Pais-Filhos; Terapia Familiar; Modificação Comportamental na Sala de aula; Educação Especial; Grupo de Suporte para os pais; Serviços de Apoio Familiar.

1.6.1. Contexto familiar e escolar

Ao nível do contexto familiar, devemos informar os pais sobre as principais características das crianças com PHDA e quais as melhores maneiras de se trabalhar com elas, tais como:

- Técnicas eficazes, para promover a disciplina e potenciar comportamentos positivos;
- Como lidar e reagir face aos comportamentos disruptivos dos filhos;
- Estratégias disciplinares consistentes, firmes e adequadas para reforçar o comportamento disruptivo.
- Utilização de registos comportamentais.

A hiperatividade no contexto da escola deve ser considerada como um problema que não se resolve facilmente.

DuPaul e Stoner (1994) consideram os seguintes aspetos como essenciais para uma bem-sucedida gestão de comportamentos de crianças hiperativas:

- Uma minuciosa avaliação dos problemas que o aluno apresenta na sala de aula, do modo a se poderem delinear estratégias de intervenção precisas e adequadas;
- Fornecer a estes alunos feedback, sobre a forma como estão a realizar os trabalhos;
- Reforçar positivamente, mas não esquecendo a utilização de reprimendas sempre que necessário, com o intuito de reorientar a criança para a sua tarefa. As reprimendas devem evitar juízos de valor desnecessários sobre os comportamentos e/ou sobre o sujeito e devem ser realizadas de forma breve, calma, direta e, se possível, privada;
- Propor-lhe trabalhos breves e, evitar tarefas repetitivas, visto que estas crianças tendem a desistir muito facilmente;
- Recompensar a criança com atividades de que ela goste e não com objetos;
- O professor deve-se apresentar como proativo e não como reativo.

Ao professor, cabe pôr em prática algumas estratégias, além das que já foram enumeradas anteriormente, que podem ajudar o aluno a melhorar a relação com a escola, principalmente ao nível do envolvimento da sala de aula. Tais como:

- Implementar um sistema de aprendizagem em pares, emparelhando o aluno com PHDA, com outro, que seja calmo e pouco influenciável;
- Organizar as secretárias em pequenos grupos, em círculo ou por áreas de tarefa, para que o professor possa visualizar melhor todos os alunos e permita uma melhor comunicação professor-aluno e aluno-aluno;
- Sentar o aluno com PHDA num local de fácil acesso, no qual ele possa movimentar-se sem criar situações imediatamente disruptivas;
- Organizar os materiais de forma a estarem acessíveis, mas também de forma a não constituírem fonte de distração;
- Decorar a sala tendo em conta que muita informação acessível pode ser fonte de distração. Utilizar materiais que sejam indispensáveis e apelativos mas que possam ser enquadrados no contexto de aprendizagem.

A forma como estes alunos são avaliados também deve sofrer alterações. O professor deve procurar fazer uma avaliação essencialmente verbal ou através de trabalhos de natureza vária, conceder mais tempo na realização das tarefas, evitar perguntas encadeadas, perceber se o aluno lê as perguntas até ao fim e se as interpreta corretamente e evitar fotocopiar testes frente e verso.

1.6.2. Intervenção Farmacológica

Desde 1937 que são usados fármacos para tratar a hiperatividade, mas na realidade não existe nenhum medicamento que cure a hiperatividade, estes apenas atenuam os sintomas.

Entre os fármacos mais receitados encontramos:

- Dexedrine;
- Ritalin;
- Concerta;

- Cylert.

São na realidade estimulantes que modificam as condutas e funções, diminuindo a atividade física da criança e aumentando os seus períodos de concentração, que vão ajudar no rendimento escolar.

Com a prescrição destes fármacos pretende-se aumentar os níveis de dopamina e assim melhorar o grau de funcionalidade dos lobos frontais.

A avaliação dos efeitos da medicação realiza-se através de informações sobre o comportamento da criança, proporcionadas por pais e professores, pela avaliação dos sintomas principais, observações comportamentais no meio natural, e análise do rendimento da criança em tarefas que exigem a resolução de problemas.

Em geral, os estimulantes conseguem melhorar o comportamento da criança hiperativa. Também melhoram a atenção, os problemas emocionais e as relações sociais. Em relação ao rendimento escolar pode não modificar resultados escolares, mas facilitam as condutas necessárias à aprendizagem escolar.

Cerca de 70% a 80% das crianças que tomam estes medicamentos apresentam resultados positivos e melhorias comportamentais significativas.

Os pais, antes de tomarem esta opção, devem ser informados das indicações terapêuticas, contra-indicações, efeitos secundários, advertências e precauções especiais no uso da medicação.

1.7. Inclusão do aluno com PHDA

O conceito de Educação Inclusiva surge nos anos 90 e veio apelar a mudanças específicas no sistema educativo.

Vários documentos a nível internacional tentam promover os princípios da Educação Inclusiva: saliente-se a recomendação contida na Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990), nas Normas sobre Igualdades de Oportunidades para Pessoas com Deficiência (Organização das Nações Unidas, 1990) e na Declaração de Salamanca (1994).

A declaração de Salamanca tem como fim desmistificar preconceitos e orientar as entidades responsáveis pela educação de cada país, na inclusão de crianças portadoras de necessidades educativas especiais. Segundo esta Declaração, no âmbito de uma orientação inclusiva, as escolas regulares são:

“Os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo uma educação para todos; para além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem eficiência, numa óptica relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo” (Declaração de Salamanca, 1994, p. 9)

Portugal foi apenas um exemplo de vários países que lutaram para unificar esforços e criar um documento em que estivessem escritos os princípios, as políticas e as práticas na área das necessidades educativas especiais. No ano em que foi escrita a Declaração de Salamanca, já Portugal tinha percorrido um longo caminho no que diz respeito à inclusão de crianças NEE no ensino regular.

Segundo Correia (2005), a inclusão é a “inserção do aluno com NEE na classe regular onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com um apoio apropriado (de outros profissionais, de pais...) às suas características e necessidades” (p. 13)

Para Serrano (2007) a educação inclusiva é “sinónimo de uma resposta pedagógica de qualidade a todo e qualquer aluno, independentemente da sua origem cultural e das suas capacidades ou limitações” (p. 53)

Aos olhos da UNESCO (2006) a inclusão é uma abordagem dinâmica de respostas positivas à diversidade tendo em conta as diferenças individuais não como problemas, mas como oportunidades de aprendizagens enriquecidas.

“A inclusão concebe-se como um processo consistente no sentido de responder à diversidade de necessidades de todos os alunos e satisfazê-las mediante uma maior participação na aprendizagem, nas culturas e nas comunidades, assim como reduzir a exclusão dentro da educação e a partir dela” (Booth, 1996, UNESCO, 2003, p.7)

Os objetivos de uma Educação Inclusiva são:

- que todos os alunos tenham uma educação igual e de qualidade;

- que os alunos, no seu crescimento e desenvolvimento, sejam vistos no seu todo;
- que todos tenham acesso a uma educação que respeite as suas necessidades e características;
- facilitar aos alunos a transição para a vida ativa, por forma a que eles se venham a mover na sociedade a que por direito pertencem com maior autonomia e independência;
- que a escola sirva de palco à diversidade cultural e educacional, apesar de constituída por alunos heterogéneos.

Ao falarmos de Educação Inclusiva estamos a falar de um novo modelo de educação, de uma nova forma de compreender a escola, de mudanças de atitude de todos os profissionais e dos pais, bem como a reorganização da sala de aula em termos físicos e pedagógicos.

1.7.1. A evolução da inclusão em Portugal

Em Portugal as primeiras equipas de apoio ao ensino especial, as quais se designavam *Equipas de Ensino Especial Integrado*, surgem na década de 70. Até esta altura as crianças e adolescentes portadores de NEE eram, na sua grande maioria, excluídos das classes de ensino regular. Estas equipas proporcionavam um apoio mais especializado com o intuito de minimizarem ou suprimirem as NEE destas crianças e adolescentes. Com o aparecimento destas equipas de ensino especial que tinham como objetivo “promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens com deficiência” foi possível proporcionar a algumas crianças um apoio mais direcionado, porém uma grande parte do universo de crianças com NEE ainda não tinha apoio, em especial as portadoras de NEE de carácter permanente ou severo, para estas restava-lhes as classes de ensino especial ou a escola especial.

A publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) no ano de 1986 veio alterar aquilo que conhecíamos como educação integrada. Pois esta lei visava a criação de condições que propiciassem o desenvolvimento e aproveitamento de todas as capacidades das crianças portadoras de NEE. A partir desta lei, surgem as normas

que têm um papel fundamental na integração destas crianças no ensino regular, pois estas atuam no local onde a criança está inserida e ao longo de todo o seu processo académico, desde o primeiro ano até ao nono ano. Esta lei foi um passo fundamental para aquilo que conhecemos hoje sobre a inclusão, pois foi baseada nela que surgiu o Decreto-lei nº 319/91, de 23 de agosto.

Este Decreto-lei veio dar suporte legislativo às escolas de ensino regular, permitindo-lhes assim estruturarem e organizarem o seu funcionamento, adequando-se às necessidades dos alunos portadores de NEE.

Finalmente, em Portugal começaram a ver-se evoluções no que diz respeito à inclusão de crianças portadoras de NEE, introduzindo assim conceitos inovadores e alargando a experiência de inclusão.

Este Decreto-lei visa ainda:

- Introduzir o conceito de “necessidades educativas especiais, baseado em critérios pedagógicos, propondo assim, a descategorização;
- Privilegiar a máxima integração do aluno com NEE na escola regular;
- Responsabilizar a escola pela procura de respostas educativas eficazes;
- Reforçar o papel dos pais na educação dos seus filhos, determinando direitos e deveres que lhes são conferidos para esse fim. (Correia, 2003, p.8)

Este Decreto-Lei apela a uma educação gratuita e de qualidade para as crianças com NEE, introduzindo assim os programas educativos individuais (PEI) e os programas educativos (PE) que têm como principal objetivo ir ao encontro das necessidades específicas de cada uma destas crianças. Outro ponto crucial deste Decreto-lei foi a introdução da máxima de que as crianças com NEE devem ser educadas paralelamente com crianças não portadoras de NEE, afirmando que a não inclusão de crianças com NEE deve acontecer apenas quando a necessidade educativa especial assim o obrigue.

Contudo, a inclusão destas crianças com NEE foi um processo gradual. Numa primeira fase, as classes de educação especial estavam integradas nas escolas de ensino regular e, gradualmente, estas crianças foram sendo integradas na comunidade escolar nos momentos sociais como o recreio, as visitas de estudo e as

refeições. Com a observação do benefício que a inclusão trazia para ambas as partes, as salas de ensino especial passaram a ser salas de apoio em que recebiam esporadicamente os alunos portadores de NEE onde, dependendo do grau da sua problemática, consolidavam aprendizagens e recebiam apoio específico, pois todas as restantes aprendizagens decorrem na sala de ensino regular.

Todo este processo foi, e continua, a ser moroso. Após este decreto-lei a visão que Portugal tinha sobre a inclusão foi-se alterando gradualmente. Os pais de crianças com NEE de carácter severo e/ou permanente moveram esforços para que estas crianças também fossem incluídas nas escolas de ensino regular da sua área de residência. Com o decorrer dos anos a educação especial deixa de ser um local onde as crianças com NEE estão, para ser um serviço do qual as crianças com NEE podem e devem usufruir, nascendo assim as Escolas Inclusivas. Porém esta caminhada está longe de estar concluída. Diariamente surgem novos desafios, novas propostas, novas metas na área da inclusão de crianças com NEE no ensino regular que precisam de ser respondidas.

No ano de 2008, foram redigidas e aprovadas as leis pelas quais todas as escolas do país regem a sua intervenção na área da educação de alunos com necessidades educativas especiais. Desta forma, e como já havia sido trabalhado de uma forma exaustiva, a integração e inclusão dos alunos portadores de necessidade educativas especiais ficou, assim, mais estruturada, promovendo a igualdade de oportunidades, valorizando a educação e promovendo a melhoria da qualidade do ensino. Esta qualidade passa sempre pelo sucesso de todos os alunos, como vem descrito no decreto-lei nº3/2008:

“Um aspecto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens.”

Assim é fundamental que todo o planeamento escolar seja feito olhando para cada aluno como um ser único, com características e necessidades específicas, permitindo dessa forma garantir o sucesso de todos os alunos, inclusive os portadores de necessidades educativas especiais.

Os alunos portadores de NEE, têm direito a uma panóplia de recursos que visam o melhor aproveitamento das suas capacidades quer sejam elas intelectuais,

sociais ou pessoais. Cabe a cada escola definir os meios que terá ao dispor destes alunos, tendo em conta que a sua inclusão passa sempre por processos.

Capítulo 2. Metodologia

2.1. Objetivos da investigação

Tendo em conta que o objectivo principal, a questão de partida que preside a este estudo, é a seguinte:

*“Que estratégias poderão ser implementadas, **de modo a dar resposta a um aluno com PHDA?**”*

Os objetivos gerais deste estudo são:

- Aferir as principais dificuldades dos alunos com PHDA na sua aprendizagem;
- Compreender porque é que os alunos com PHDA desmotivam com trabalhos propostos que envolvam escrita;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos professores com alunos com PHDA;
- Analisar a forma como os professores entendem a PHDA.

2.2. Caracterização do âmbito da pesquisa

2.2.1. Caracterização do aluno

“Rodrigo” (nome fictício)

2.2.1.1. Contexto escolar

O Rodrigo frequenta o colégio desde os 12 meses e integrou o 1º ciclo no ano letivo 2009/2010. É um aluno bastante assíduo e pontual e passa cerca de 10 horas diárias na Instituição.

É uma criança simpática, conversadora e bem-disposta, que estabelece uma relação positiva com pares e adultos. Contudo, tende a desafiar a autoridade e as regras de comportamento, demonstra muito baixa resistência à frustração e muito baixa capacidade de auto-controlo.

No 1.º ano de escolaridade, revelou muita dificuldade em manter-se sentado e concentrado numa tarefa específica, pelo que raramente terminava um trabalho proposto.

Sempre demonstrou muita necessidade de estar próximo do adulto, de quem procurava a atenção e o afeto, concretizava as tarefas solicitando reforço positivo e atenção individualizada constante.

Dadas estas características comportamentais, foi encaminhado para uma consulta de desenvolvimento, no hospital da área de residência.

A partir do 2.º ano de escolaridade, passou a ser abrangido pelas medidas educativas Individuais do Decreto de Lei 3/2008, passou a ser medicado o que alterou o seu comportamento, pois tornou-se evidente o aumento do seu período de atenção/concentração.

No 3.º ano de escolaridade, o Rodrigo começou a demonstrar um menor investimento na aprendizagem de novos conteúdos e maior resistência face ao trabalho escolar. A sua agitação aumentou, não conseguindo permanecer sentado o tempo suficiente para realizar e concretizar as tarefas escolares, recusando-se a fazer qualquer tipo de avaliação. O seu comportamento perante os adultos e os colegas era sempre de grande atitude provocatória.

Perante esta situação, o Rodrigo não transitou de ano, devido a não ter atingido os objetivos mínimos do seu PEI.

2.2.1.2. Contexto familiar

O Rodrigo é um menino que vive apenas com a mãe. Tem mais dois irmãos, o Pedro (nome fictício), que vive com os avós maternos e a Ana (nome fictício) que vive com o pai.

Não tem qualquer tipo de relação com o pai, que sempre se mostrou violento e desinteressado para com ele.

A mãe encontra-se empregada, tendo como rendimento apenas o ordenado minino. Não recebe qualquer apoio monetário, do pai do Rodrigo.

O Rodrigo entra muito cedo no colégio e sai muito tarde. O único apoio que tem nos trabalhos de casa é dado no colégio, nas actividades extra-curriculares.

2.2.2. Caracterização do Contexto Institucional

2.2.2.1. Identificação da Escola

A Escola em destaque é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), isto é, uma Instituição sem fins lucrativos. Fica situada no Concelho de Vila Franca de Xira, distrito de Lisboa.

Como IPSS, a instituição recebe subsídios do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo. Estes subsídios destinam-se ao funcionamento da Instituição. Como o subsídio do Centro Regional não é suficiente para manter este funcionamento, os pais/encarregados de educação comparticipam, pagando um determinado valor de mensalidade pela frequência do seu educando.

A caracterização da Escola demonstra a existência de condições a nível de estrutura física, materiais, recursos e técnicos diferenciados, que potencialmente facilitam o desenvolvimento do aluno.

Este estabelecimento comporta dois tipos de espaços: espaço interior e espaço exterior. No que respeita ao **espaço interior** podemos indicar os seguintes:

- 21 salas de aula (ao nível do 1º Ciclo);

- 28 salas de aula (ao nível do Pré-escolar);
- 19 salas de aula (ao nível do 2.º e 3.º Ciclos);
- Gabinete SPO/Apoio Educativo;
- Gabinete para Coordenação;
- 1 Bibliotecas;
- Arrecadação;
- Pavilhão Gimnodesportivo;
- Cozinha e refeitório
- Sala para o pessoal docente;
- Casas de banho;
- Sala de arrumos;
- Balneário M/F;
- Sala para pessoal não docente;
- 2 Ludotecas.

No que se refere ao espaço exterior importa referir:

- Recreios;
- Estufa;
- Anfiteatros;
- 2 campos de jogos.

O corpo docente é constituído por 38 educadoras de Infância, 1 professor de Ensino Especial, 24 professores de 1º Ciclo, 1 professor de Apoio Educativo, e 28 professores de 2º e 3º Ciclo.

O corpo não docente é constituído por Ajudantes de Ação Educativa: creche 33, Pré-escolar 38, 1º2º3º Ciclos e Clube de Jovens 32, 3 psicólogas, 1 Educadora do Ensino Especial e 2 terapeutas da fala.

As salas de aula estão equipadas com mobiliário comum com linhas modernas dada a construção recente da escola. Cada sala possui uma arrecadação e a cada duas salas, uma sala de expressão plástica devidamente equipada.

A Biblioteca possui o material necessário a este espaço: estantes, televisão, vídeo, computadores, espaço do conto.

A nível do Material Pedagógico a escola goza do privilégio de usufruir de um conjunto muito vasto de material/instrumentos diversificados para o enriquecimento das actividades escolares.

Destaca-se ainda o material desportivo e laboratorial que ao contrário das demais escolas do nosso país, se apresenta em qualidade, diversidade e qualidade apreciáveis.

Nesta escola o número de turmas tem oscilado entre as vinte e sete e trinta turmas.

2.3. Técnicas e critérios de Recolha de Dados

Dada a natureza deste estudo, torna-se pertinente efectuar uma abordagem ao paradigma qualitativo, utilizando do ponto de vista metodológico um estudo de caso.

“O método do estudo de caso particular é especialmente indicado para investigadores isolados, dado que proporciona uma oportunidade para estudar, de uma forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspecto de um problema em pouco tempo...” (Bell, 1997, p.23)

O estudo de caso pode assumir diferentes níveis de dificuldade, pelo que, tanto investigadores inexperientes como experientes os realizam. Segundo Bogdan & Biklen (1994) o estudo de caso é um bom ponto de partida para mais tarde se prosseguir para estudos mais complexos. Dado que se caracteriza por ser mais fácil de realizar do que estudos realizados em múltiplos locais ou com múltiplos sujeitos.

No início do estudo “os investigadores procuram locais ou pessoas que possam ser objecto de estudo ou fontes de dados e, ao encontrarem aquilo que pensam interessar-lhes, organizam então uma malha larga, tentando avaliar o interesse do terreno ou das fontes de dados para os seus objectivos.” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 89)

Conforme a investigação vai crescendo, os objectivos do investigador vão convergindo apenas para um objectivo específico. Trata-se de ir ajustando as suas opções em função dos conhecimentos que vai obtendo. A partir daqui, passa a

seleccionar conscientemente os sujeitos e os instrumentos a aplicar, em função do seu objectivo específico.

Para Bell (1997), os métodos de recolha de dados mais comuns num estudo de caso são a observação e as entrevistas. Estes instrumentos constituem uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos.

A entrevista e o inquérito têm bastante importância neste tipo de estudo, pois através deles o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que a entrevista “ é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134)

Este trabalho contará com o apoio de diferentes técnicas de recolhas de dados tais como a observação naturalista do sujeito em estudo, a entrevista semiestruturada à criança, ao encarregado de educação, análise documental (Plano educativo individual, relatórios médicos, decreto-de-lei 3/2008) e um inquérito realizado aos professores da instituição, para que se consiga responder ao objetivo principal deste trabalho: ***“Que estratégias poderão ser implementadas, de modo a dar resposta a um aluno com PHDA?”***

2.3.1. Entrevista

Como instrumento de recolha de dados foram feitas entrevistas, que terão como objetivo a “recolha de opiniões que permitam não só fornecer pistas para a caracterização do processo. Isto é, se por um lado, se procura uma informação sobre o real, por outro, pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dadores dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo” (Estrela, 1994).

Segundo Bell (1997, p. 118), “A grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade. Um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos.” Bogdan & Biklen (1994) consideram que as entrevistas em investigação qualitativa podem ser utilizadas como estratégia para recolha de dados descritivos pela forma como o entrevistado

comunica. O sucesso ou não da recolha de dados requer algumas estratégias na condução das entrevistas, nomeadamente, a empatia, a capacidade de envolver o entrevistado, respeito pelo mesmo e pelo seu enquadramento moral, sociocultural e profissional, ser um bom ouvinte, elaborar um guião estruturado de forma sequencial e lógica, garantir o sigilo, ter em atenção o comportamento verbal do entrevistado e confrontá-lo com as suas respostas e o seu nível de atenção. Estes são fatores importantes que podem contribuir para uma maior riqueza de dados.

Assim sendo, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia, ou fazer inferências sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo, ou seja, a partir desta podemos recolher vários dados relacionados com o que estamos a investigar, de forma a respondermos à questão inicialmente formulada.

Para Biggs (1986), as boas entrevistas “caracterizam-se pelo facto de os sujeitos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista” (citado por Bogdan & Biklen, 1994, p. 136).

Na entrevista estruturada, as questões são fechadas, de modo a obter dados sobre a amostra, daí haver uma maior uniformidade no tipo de informação recolhida, o entrevistador faz as questões como foram previamente escritas e as categorias das respostas são previamente definidas. Desta forma, a entrevista estruturada apresenta como vantagens o facto de facilitar a análise dos dados e de permitir a replicação do estudo. Como desvantagens neste tipo de entrevista há uma redução da flexibilidade e espontaneidade, o que reduz a possibilidade do entrevistador aprofundar as questões que não foram anteriormente formuladas.

A entrevista não estruturada ou aberta “tem por objectivo analisar o impacto de um acontecimento ou de uma experiência precisa sobre aqueles que a eles assistiram ou que neles participaram” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.193). O entrevistador não dispõe das perguntas preestabelecidas, mas recorre a uma lista com tópicos sobre o tema que pretende estudar, que servem de linhas orientadoras, e aborda-os livremente à medida que vai estabelecendo uma conversa com o entrevistado.

Neste sentido e segundo Bogdan & Biklen (1994), o entrevistador promove, encoraja e orienta a participação do sujeito. Este tipo de entrevista apresenta como vantagens o poder haver mudanças, bem como a possibilidade de individualizar as questões para haver uma melhor comunicação. Como desvantagens, a entrevista não

estruturada requer muito tempo para se conseguir obter informação sistemática e depende das capacidades e do treino que o entrevistador possui.

Em relação à entrevista semiestruturada Quivy R. & Campenhoudt L. (1992) referem que “é certamente a mais utilizada em investigação social.”

Neste estudo foram aplicadas entrevistas com um carácter semiestruturado, uma vez que foram conduzidas a partir de um guião (Quadro 1 e 2), que constituiu o instrumento de gestão das mesmas.

No que se refere ao Guião orientador das entrevistas, este teve questões abertas, que tinham como intenção evitar que os entrevistados se afastassem do que lhes era pedido, contudo foi dada liberdade aos entrevistados para se expressarem livremente.

Blocos	Objetivos específicos	Formulário de Questões
Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista Motivar o/ a entrevistado/a. Garantir a confidencialidade.	Informar o/ a Encarregado/a de Educação sobre os objectivos pretendidos com o trabalho de investigação. Realçar a importância do contributo do/a entrevistado/a para o êxito do trabalho. Garantir o carácter confidencial das informações prestadas na entrevista.
Bloco A Bem-estar e vida familiar	Caracterização do aluno com PHDA. Indicar as áreas fortes do aluno com PHDA.	1. Como caracteriza o seu filho? 2. Quais são as suas áreas fortes? 3. Onde se manifestam as suas maiores dificuldades? 4. Descreva um dia do seu filho, de manhã à noite.

	Descrição de um dia a dia do aluno e o seu comportamento.	5. Como é o comportamento do seu filho em casa? 6. E noutros lugares públicos? 7. Como passa o tempo em casa? 8. Onde e como estuda o seu filho?
Bloco B Socialização	Perceber a relação existente entre o aluno e os seus pares.	9. Como é a relação do seu filho com os pais? E os irmãos? 10. Como é que se relaciona com os seus amigos? E com os adultos? 11. O seu filho gosta de ir à escola?
Bloco C Aprendizagem / Modelo Educativo	Perceber a importância do papel “ Escola” para o Encarregado de Educação. Identificar a estratégia pedagógica utilizada pelos pais em casa. Analisar o conhecimento do Encarregado de Educação sobre o PHDA.	12. Qual é a sua opinião sobre os apoios que o seu filho recebe na escola? 13. Acha que o seu filho está satisfeito com a escola? 14. Quais as estratégias pedagógicas que utiliza com o seu filho em casa? 15. O que é para si a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.
Agradecimento	Agradecer a colaboração prestada e valorizar a intervenção do/ a entrevistado/ a.	Agradeço a sua colaboração e contributo, sem a qual não seria possível a realização deste meu trabalho.

Quadro 2.1 – Guião da Entrevista ao Encarregado de Educação

Blocos	Objetivos específicos	Formulário de Questões
Legitimação da entrevista	- Legitimar a entrevista - Motivar o/ a entrevistado/a. - Garantir a confidencialidade.	- Informar o/ a aluno sobre os objetivos pretendidos com o trabalho de investigação. - Realçar a importância do contributo do/a entrevistado/a para o êxito do trabalho. - Garantir o carácter confidencial das informações prestadas na entrevista.
Bloco A Bem-estar e vida familiar	- Caracterização do aluno com PHDA. - Indicar as áreas fortes do aluno com PHDA. - Descrição de um dia a dia do aluno e o seu comportamento.	1. Que idade tens? 2. Diz – me três qualidades tuas. 3. E três defeitos. 4. O que mais gostas de fazer? 5. Conta –me como é um dia teu de escola. 6. E o que fazes quando estás em casa? 7. Como é que é o teu comportamento em casa? 8. Onde estudas e com quem?
Bloco B Socialização	- Perceber a relação existente entre o aluno e os seus pares.	9. Como é a relação com os teus pais? E com os teus irmãos?

	- Identificar as preferências do aluno.	10. Quem são os teus melhores amigos? O que costumavas fazer com eles? 11. Gostas mais de brincar sozinho ou acompanhado? 12. Quais são os teus jogos preferidos? E os teus filmes?
Bloco C Aprendizagem / Modelo Educativo	- Perceber a importância do papel “Escola” para o aluno. - Recolher dados sobre o seu comportamento. - Obter dados sobre as expectativas do aluno.	13. Gostas de vir à escola? 14. O que mais gostas de fazer na escola? 15. Quais são as tuas disciplinas favoritas? 16. Gostas de fazer trabalhos escritos, como por exemplo: cópias, textos...? 17. Gostas mais de trabalhar sozinho ou acompanhado? 18. Achas que aprendes melhor lendo, ouvindo, vendo ou fazendo? 19. Como te comportas nas aulas? Porquê? 20. E a tua turma porta – se bem? 21. Estás atento nas aulas? 22. Participas nas aulas? 23. O que pensas da tua turma? 24. Qual é a profissão que um dia gostarias de ter?

		25. Achas que com o teu comportamento vais conseguir?
Agradecimento	- Agradecer a colaboração prestada e valorizar a intervenção do/ a entrevistado/ a.	Agradeço a sua colaboração e contributo, sem a qual não seria possível a realização deste meu trabalho.

Quadro 2.2 – Guião da Entrevista ao aluno

2.3.2. O Inquérito por questionário

O questionário permite ao investigador recolher dados sobre um determinado tema, interrogando um elevado número de pessoas num espaço de tempo relativamente curto. Este pode ser de natureza social, económica, familiar, profissional, relativo às suas opiniões, à atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema.

O Inquérito por questionário é essencialmente adequado:

- Quando se pretende ter conhecimento sobre uma população, mais especificamente quais as suas condições de vida, os seus comportamentos, os seus valores e as suas opiniões;
- Quando se realiza uma análise de um fenómeno social onde se julga depois poder apreender novas aprendizagens sobre o mesmo.

É vantajoso no sentido, que possibilita quantificar uma multiplicidade de dados e depois proceder a numerosas análises de correlação.

Quando se elabora um questionário devem-se ter certas preocupações, tais como: conhecer o assunto, cuidado na selecção das perguntas; este deve ser acompanhado de instruções e deve ter uma boa apresentação.

Um Inquérito por questionário pode ter dois tipos de perguntas:

- Aberta: são as que permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria e emitir opiniões.

Este tipo de questões apresenta algumas limitações, tais como dificultar a resposta ao próprio informante, que deverá redigi-la, fazer todo o processo de tabulação, realizar o tratamento estatístico e fazer a sua interpretação.

- Fechada: são aquelas em que o informante escolhe sua resposta entre duas opções. Este tipo de pergunta, embora restrinja a liberdade das respostas, facilita o trabalho do pesquisador e também a tabulação, pois as respostas são mais objetivas.

Dentro das fechadas podemos encontrar as questões de escolha múltipla, que são facilmente colocadas em tabela.

O questionário aplicado, serviu de base a dois estudos realizados na Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Cadin¹ e o original é da autoria da equipa de Défices de Atenção do Cadin (Ana Rodrigues e Joana Horta). (anexo 1)

O questionário do presente estudo é composto por **onze questões**, reunindo perguntas de carácter aberto e carácter fechado e com duas questões para ordenar as opções fornecidas.

Formação:		Género:	M	F
Anos de Leccionação:		Idade:		
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que lecciona:		
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0 – Nenhum; 1 – Pouco; 2 – Suficiente; 3 – Bom)				0 1 2 3
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0 – Nenhum; 1 – no curso; 2 – conferências, leituras, etc.; 3 – Cursos breves, acções pontuais; 4 – Pós-graduada, especializada)				0 1 2 3 4

Quadro 2.3 – Habilitações académicas e conhecimento prévio sobre PHDA.

1 – Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? (assinale com uma cruz)

Falta de Atenção	
Hiperactividade	
Impulsividade	

Quadro 2.4 – Possibilidades de resposta à questão 1.

2 – Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (assinale 5)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)	
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares)	
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	
9. Esquece-se das actividades quotidianas	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer	
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”	
15. Fala excessivamente	
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez	
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros	

Quadro 2.5 – Possibilidades de resposta à questão 2.

3 – Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: (Assinale com uma cruz (x) uma única opção)

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

Quadro 2.6 – Possibilidades de resposta à questão 3.

4 – Na sua opinião o que pode causar a PHDA? (Assinale com uma cruz (x))

Factores ambientais (abuso de álcool ou	
---	--

droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e PlayStation	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Estilos Parentais	
Factores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes peri-natais, etc.)	
Outros – Quais?	

Quadro 2.7 – Possibilidades de resposta à questão 4.

5 – Na sua opinião, a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

Quadro 2.8 – Possibilidades de resposta à questão 5.

6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? (assinale com uma cruz (x))

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

Quadro 2.9 – Possibilidades de resposta à questão 6.

7 – Na sua opinião, podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

Quadro 2.10 – Possibilidades de resposta à questão 7.

8 – Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desatenção.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	

Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	
Outros – (Quais?)	

Quadro 2.11 – Possibilidades de resposta à questão 8.

9 – Na sua opinião, qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1 – mais importante; 7 – menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais – Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros – (Quais?)	

Quadro 2.12 – Possibilidades de resposta à questão 9.

10 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1 – mais importante; 9 – menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	

Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Outros – (Quais?)	

Quadro 2.13 – Possibilidades de resposta à questão 10.

11- A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor, assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. (0 – Nunca; 1 – Frequentemente; 2 – Sempre)

1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios,...)	0 1 2
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis)	0 1 2
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta,...)	0 1 2
4. Time-out (Tempo de afastamento da classe)	0 1 2
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor)	0 1 2
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas	0 1 2
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer	0 1 2
8. Supervisão frequente do que está a fazer	0 1 2
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente do trabalho que faz	0 1 2
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno	0 1 2
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário	0 1 2
12. Regras identificadas e assinaladas na sala	0 1 2
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: pôr o nome da criança no quadro)	0 1 2
14. Reprimendas verbais	0 1 2
15. Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados	0 1 2
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	0 1 2
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex.: Normas de Conduta; procedimentos disciplinares)	0 1 2

18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex.: “Permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno)	0 1 2
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno	0 1 2
20. Ameaçar o aluno (Ex.: “Se não te começares a portar bem saís da sala”)	0 1 2
21. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento	0 1 2

Quadro 2.14 – Possibilidades de resposta à questão 11.

2.3.3. Análise documental

Segundo Ludke e André “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.”

Phillips (1974, p. 187, cit. por Ludke e André, 1986, p. 38) considera documentos “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano”. Dentro destes documentos estão incluídos leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão, estatísticas e arquivos escolares.

Os documentos são importantes pois constituem uma fonte poderosa de onde se pode retirar conhecimentos e certezas que fundamentem as afirmações e declarações do investigador.

Como análise documental neste estudo utilizámos os relatórios médicos do aluno, o seu plano educativo individual, relatórios realizados pela psicóloga e professora e o decreto de lei nº3/2008.

Capítulo 3. Análise e apresentação de dados do questionário

3.1. Análise do inquérito

Neste ponto iremos apresentar os dados obtidos através das repostas dadas aos inquéritos, apresentadas em forma de gráficos a fim de facilitar a sua análise e interpretação.

Na amostra, tivemos em atenção as seguintes variáveis: sexo, idade, ciclos de ensino, tempo de serviço, nível académico e situação profissional. Os questionários preenchidos pelos inquiridos encontram-se em anexo (anexo 5).

Gráfico nº 1 – Idade dos professores inquiridos

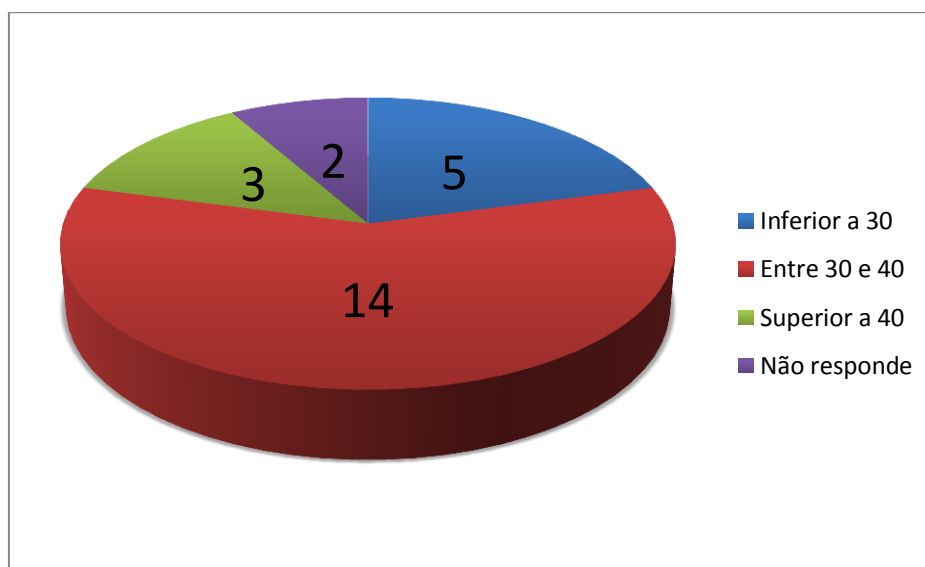


Gráfico 3.1 – Idade dos professores inquiridos.

Tal como se verifica pela observação do gráfico nº 1, os docentes inquiridos foram vinte e quatro.

Através da análise do mesmo, concluímos que existe uma faixa etária que predomina entre os docentes, catorze têm idades compreendidas entre os trinta e os quarenta anos, cinco têm menos de trinta anos e só três têm idades superiores a quarenta anos.

Gráfico nº 2 – Género dos professores inquiridos

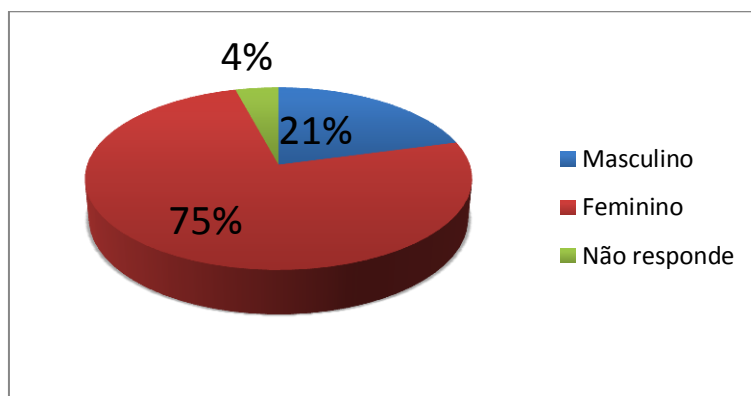


Gráfico 3.2 – Género dos professores inquiridos.

Da observação do gráfico nº 2, há a referir um número de participantes muito elevado, 75% (N=18) do género feminino, em oposição a apenas 21% (N=5) do género masculino.

Gráfico nº 3 – Nível académico

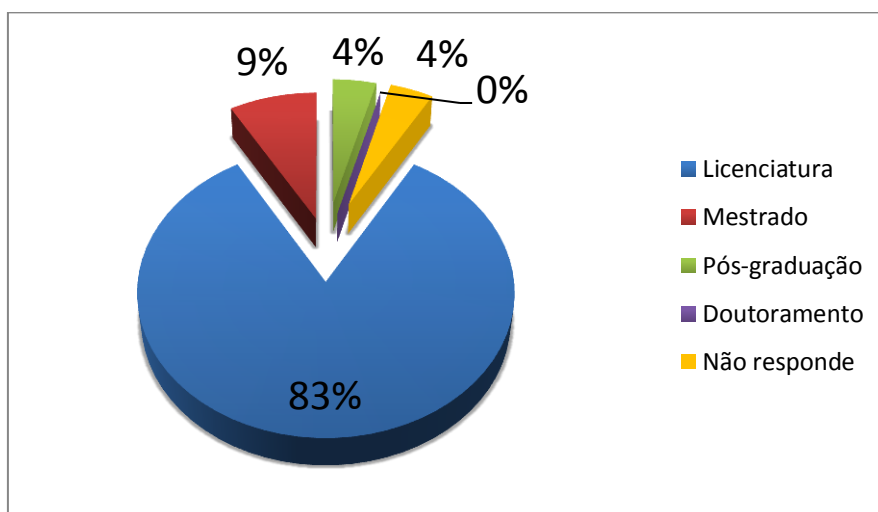


Gráfico 3.3 – Nível académico.

Em relação ao nível académico, gráfico nº3, 83% (N=20) possui Licenciatura; 9% (N=2) possui Pós-Graduação; 4% (N=1) possui Mestrado; 0% (N=0) possui Doutoramento.

Gráfico nº 4 – Anos de leccionação

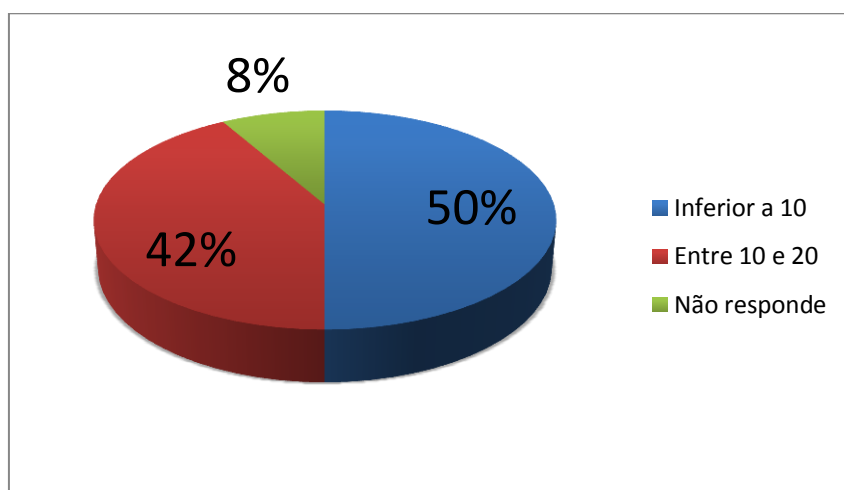


Gráfico 3.4 – Anos de leccionação.

Através da análise do gráfico nº 4 é possível afirmar que metade dos professores inquiridos, doze, possuem menos de dez anos de serviço, dez possuem, de dez a vinte anos de serviço.

Gráfico nº 5 – Situação profissional do docente

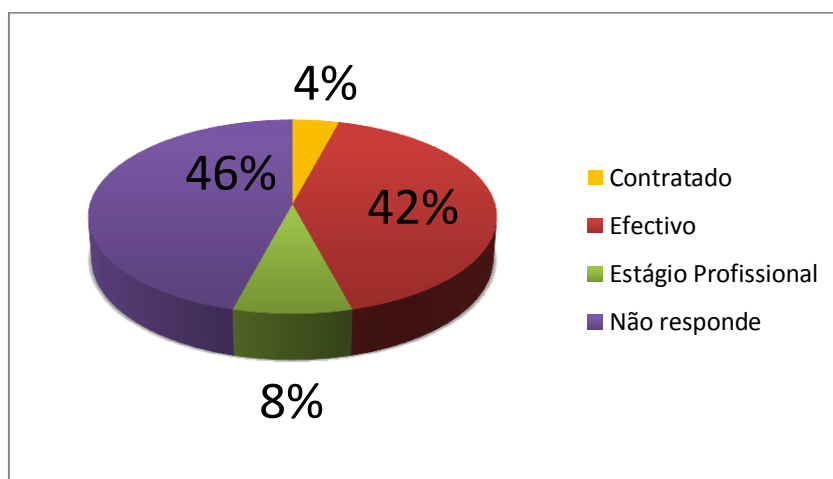


Gráfico 3.5 – Situação profissional do docente.

No que trata da situação profissional do docente, gráfico nº 5, 42% (N = 10) é professor efectivo e 8% (N = 2) é professor estagiário e 46% (N = 11) não responderam.

Gráfico nº 6 – Ano escolar que leciona

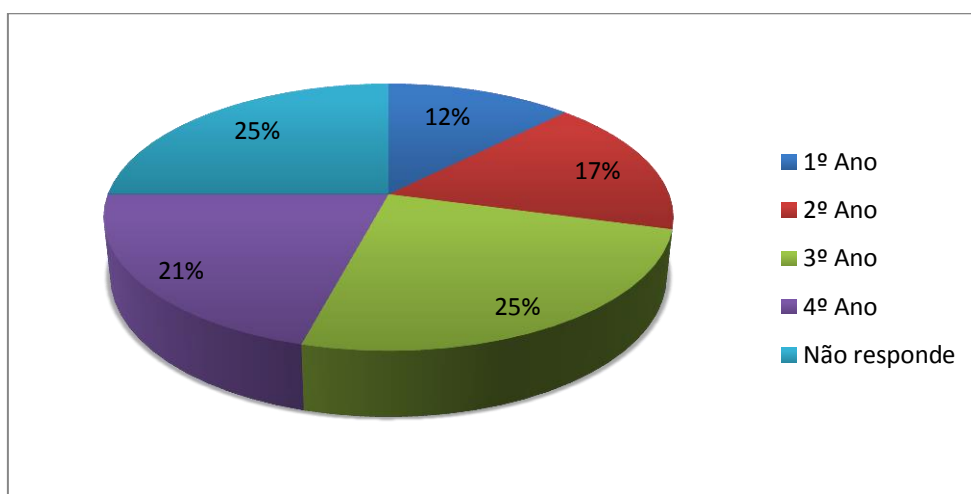


Gráfico 3.6 – Ano escolar que lecciona.

Da observação do gráfico nº 6, conseguimos aferir que 25% (N=6) dos professores leccionam o terceiro ano, 21% (N=5) leccionam o quarto ano, 17% (N=4) leccionam o segundo ano e 12% (N=3) leccionam o primeiro ano.

Gráfico nº 7 – Grau de informação anterior sobre PHDA

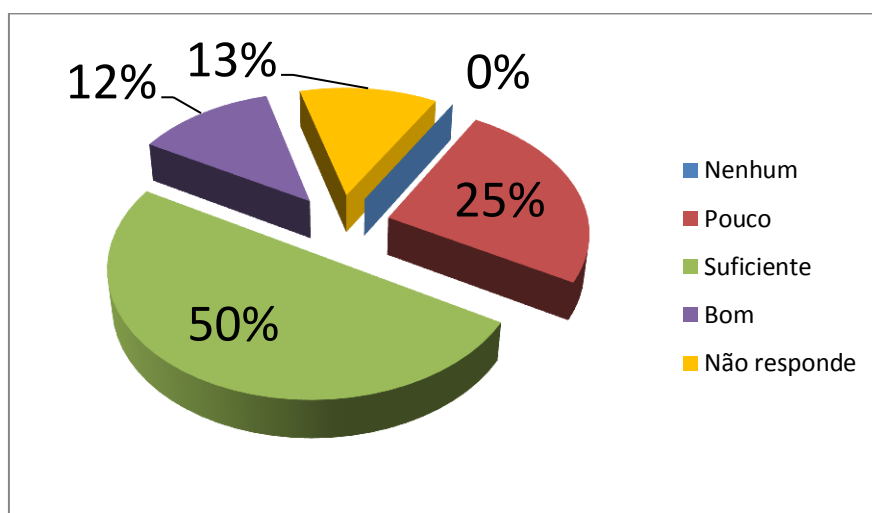


Gráfico 3.7 – Grau de informação anterior sobre PHDA.

Em relação ao gráfico nº 7, o Grau de Informação anterior sobre PHDA, situa-se entre 50% (N=12) “Suficiente” e 25% (N=6) “Pouco”.

Gráfico nº 8 – Tipo de Formação anterior sobre a PHDA

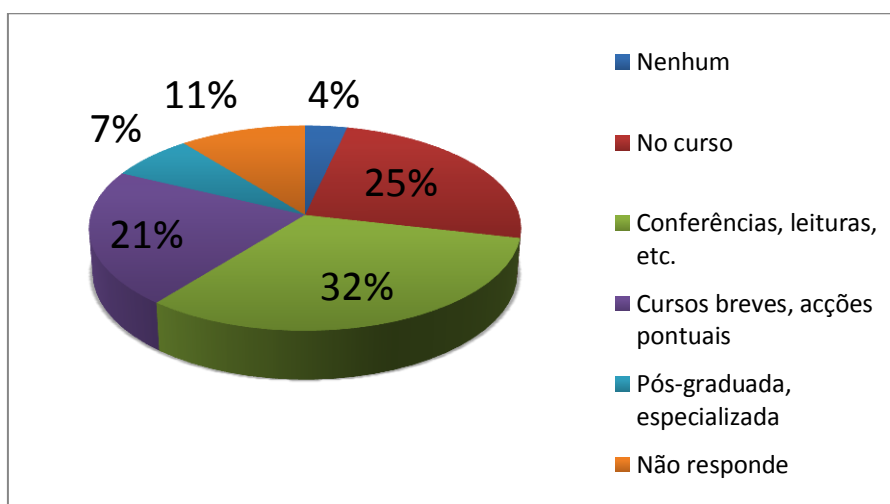


Gráfico 3.8 – Tipo de Formação anterior sobre PHDA.

No gráfico nº 8, verificamos que o tipo de Formação anterior sobre a PHDA, foi adquirido sobretudo através de “Conferências, leituras, etc.” 32% (N=9), durante o “Curso” 25% (N=7) e através de “ Cursos breves, acções pontuais” 21% (N=6), enquanto que apenas 4% (N=1), demonstra não ter qualquer tipo de formação anterior sobre a PHDA.

Gráfico nº8 – Questão 1

Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA?

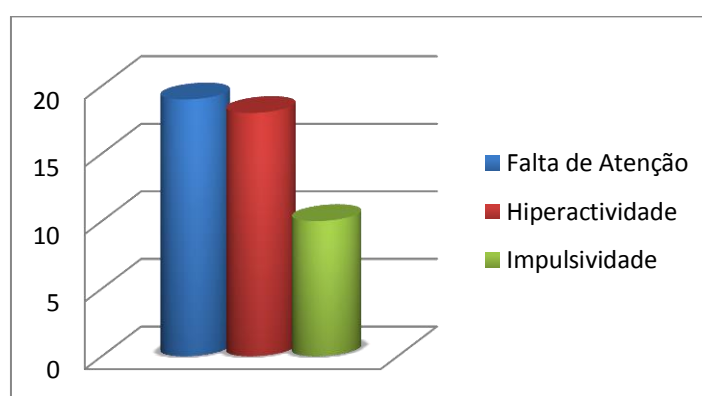


Gráfico 3.9 – Estatística das respostas à questão 1.

Da análise do gráfico nº8, verificamos que a característica mais valorizada pelos participantes é a “Falta de Atenção”, 79,1% (N=19), seguida da “Hiperactividade”

75% (N=18) sendo a “Impulsividade” referida por 41,6% (N=10), dos participantes do estudo.

Gráfico nº9 – Questão 2

Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção?

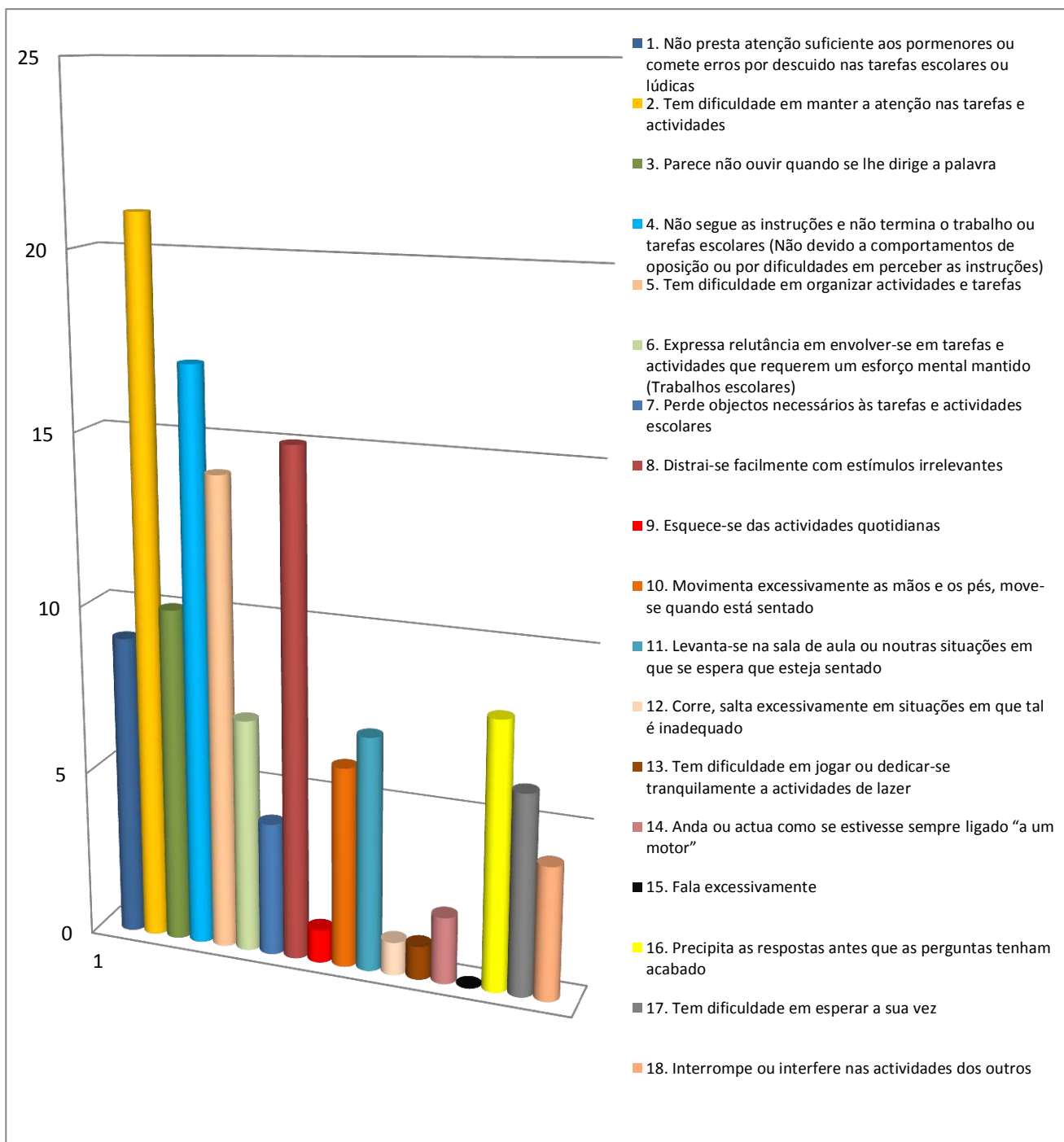


Gráfico 3.10 – Estatística das respostas à questão 2.

Analisando o gráfico nº9 e segundo os participantes, podemos constatar que 87,5% (N=21), “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”, 70% (N=17) “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares” e 62,5% (N=15) “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, e 58% (N=14) “Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas”.

Pensamos que é importante referir que nem todos os inquiridos conseguiram responder apenas a cinco características, tendo havido uma média de respostas de 5,5%.

Gráfico nº10 – Questão 3

Classifique quanto à prevalência: A PHDA é:

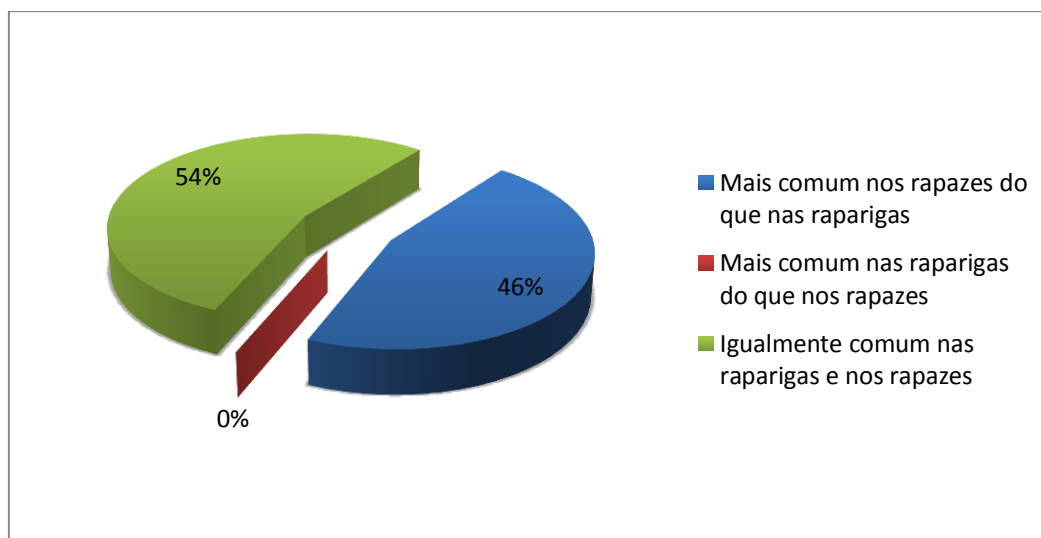


Gráfico 3.11 – Estatística das respostas à questão 3.

Em relação ao gráfico nº 10, a maioria dos participantes, 54% (N=13), refere que a PHDA “é igualmente comum nas raparigas e nos rapazes”, 46% (N=11) dos participantes considera “mais comum nos rapazes do que nas raparigas”.

Gráfico nº11 – Questão 4

Na sua opinião o que pode causar a PHDA?

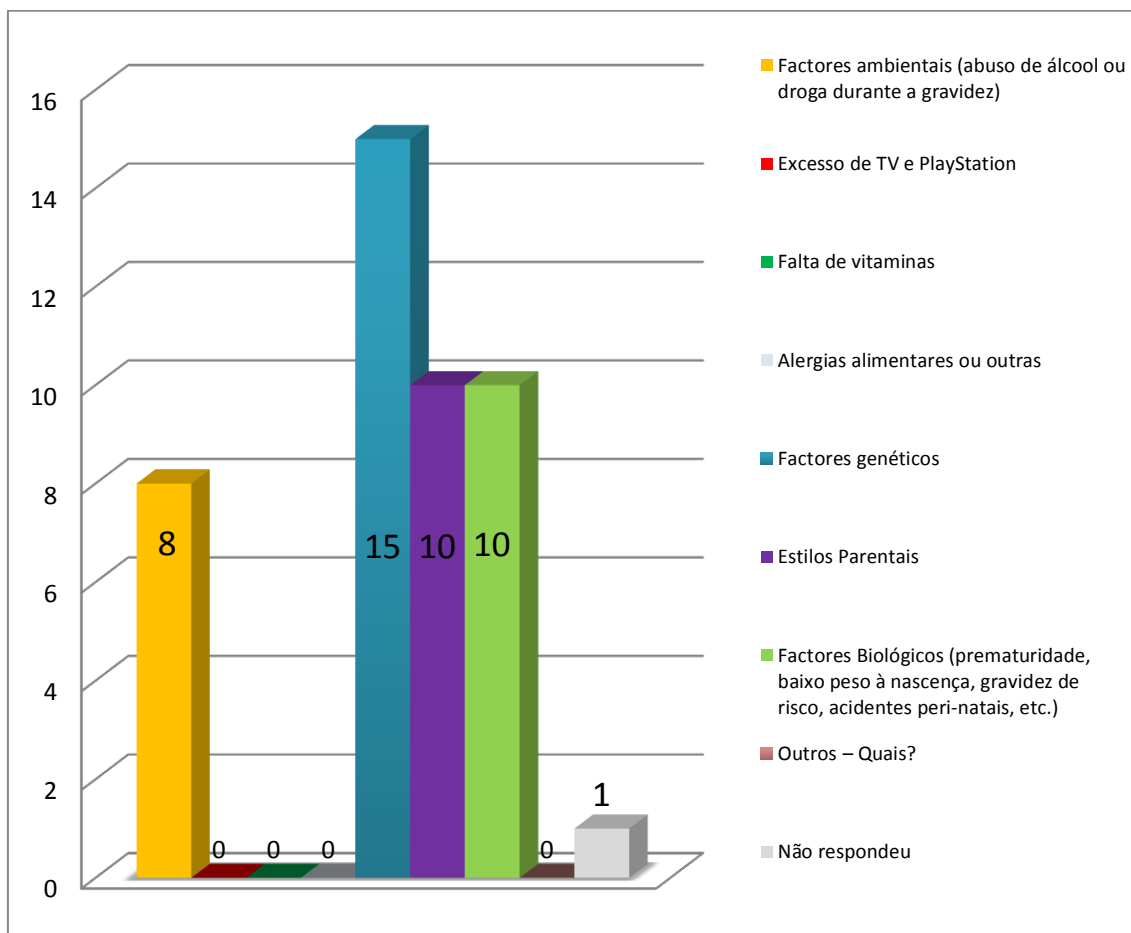


Gráfico 3.12 – Estatística das respostas à questão 4.

No que se refere ao gráfico nº11, 62,5% (N=15) dos participantes menciona que os “Factores Genéticos” são a causa principal desta perturbação, 41,6% (N=10) considera que os “Factores Biológicos” e “Estilos parentais” são os principais causadores da PHDA.

Gráfico nº12 – Questão 5

Na sua opinião, a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

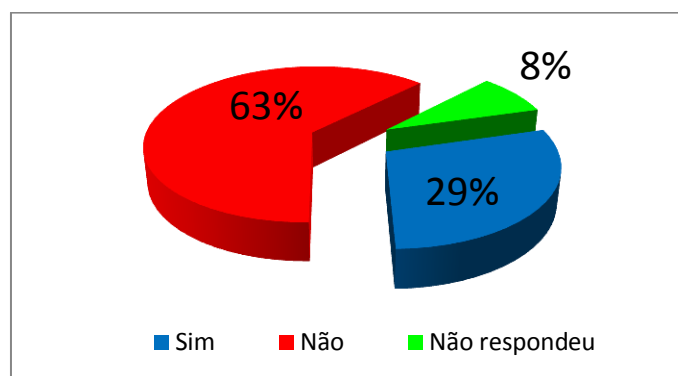


Gráfico 3.13 – Estatística das respostas à questão 5.

Observando as respostas dadas pelos participantes no gráfico nº12 podemos concluir que a maioria dos participantes do estudo, 63% (N=15), considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Gráfico nº13 – Questão 6

Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA?

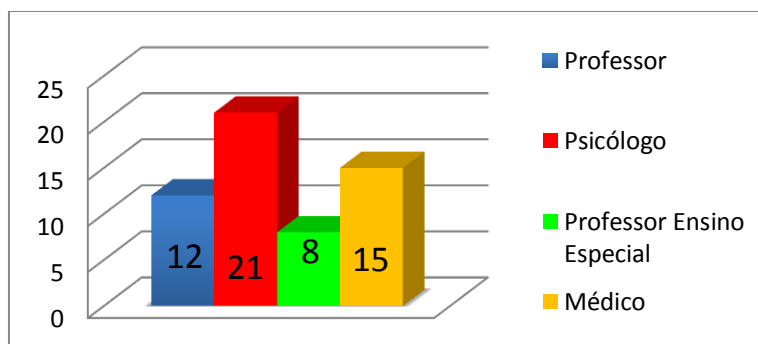


Gráfico 3.14 – Estatística das respostas à questão 6.

Analisando os resultados do gráfico nº13 concluímos que 87,5% (N=21) dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico e 62,5% (N=15) aponta o “Médico” como “outro” possível profissional para fazer o diagnóstico. Por oposição, apenas 33,3% (N=8) refere o “Professor Ensino Especial” como o profissional para fazer o diagnóstico.

Gráfico nº14 – Questão 7

Na sua opinião, podem existir outros problemas associados à PHDA?

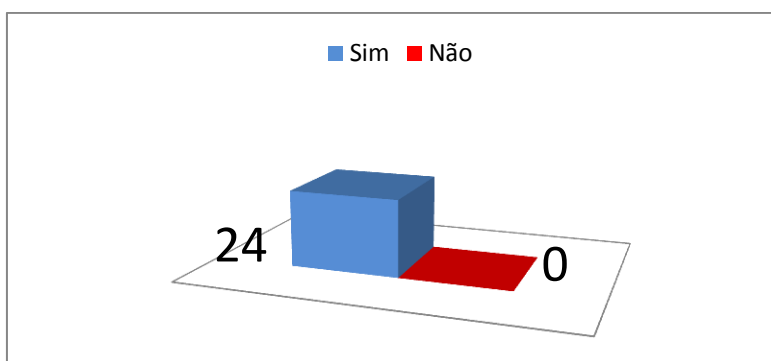


Gráfico 3.15 – Estatística das respostas à questão 7.

Analisando o gráfico nº14 podemos concluir que todos os inquiridos concordam que podem existir outros problemas associados à PHDA.

Gráfico nº15 – Questão 8

Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desatenção.

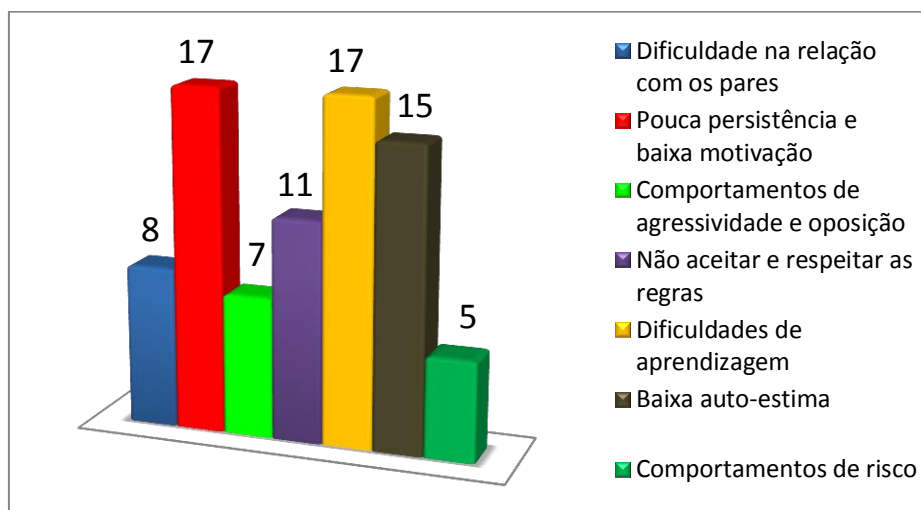


Gráfico 3.16 – Estatística das respostas à questão 8.

Observando o gráfico nº15 concluímos que 70,8% (N=17) consideram tanto a “Pouca persistência e baixa motivação” como as “Dificuldades de aprendizagem” como os problemas que causam maior desatenção, seguindo-se a “Baixa auto-estima”.

Gráfico nº16 – Questão 9

Na sua opinião, qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante. (1 – mais importante; 7 – menos importante)

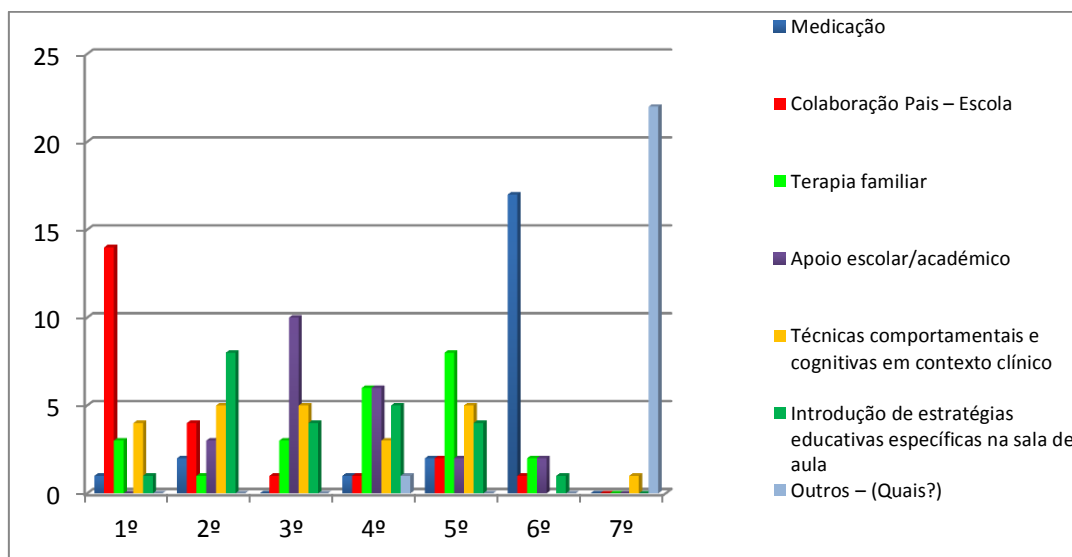


Gráfico 3.17 – Estatística das respostas à questão 9.

Segundo os dados que surgem no gráfico nº16, podemos concluir que 58,3% (N=14) dos participantes no estudo consideram que a “Colaboração Pais/Escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, seguida das “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” com 33.3% (N=8).

Gráfico nº17 – Questão 10

Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1 – mais importante; 9 – menos importante)

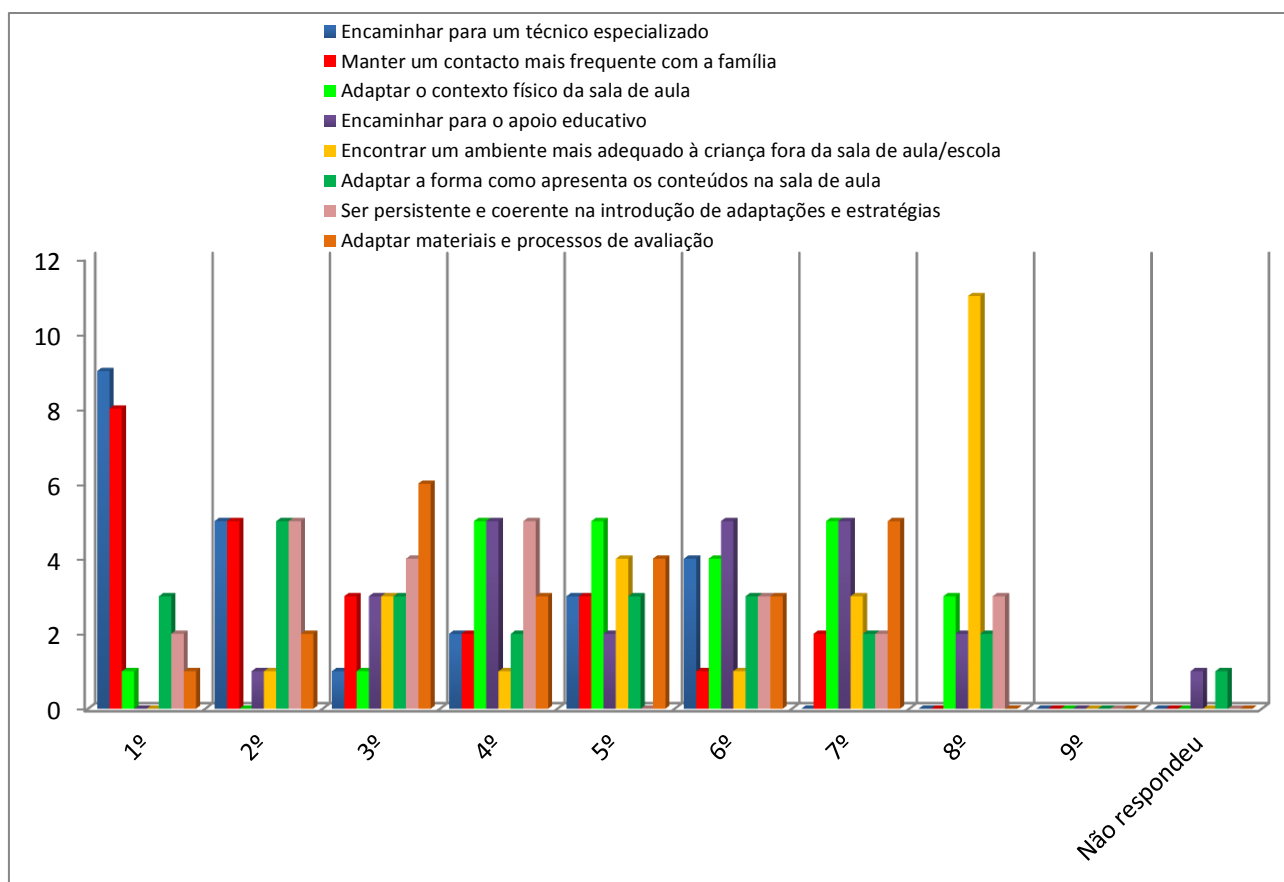


Gráfico 3.18 – Estatística das respostas à questão 10.

Observando o gráfico nº17, verificamos que “Encaminhar para um Técnico especializado”, é segundo 37,5% (N=9) a atitude mais certa a tomar, logo precedida por três atitudes bastante valorizadas “Manter um contacto mais frequente com a família”, “Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula” e “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias”.

Gráfico nº18 – Questão 11

A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor, assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. (0 – Nunca; 1 – Frequentemente; 2 – Sempre)

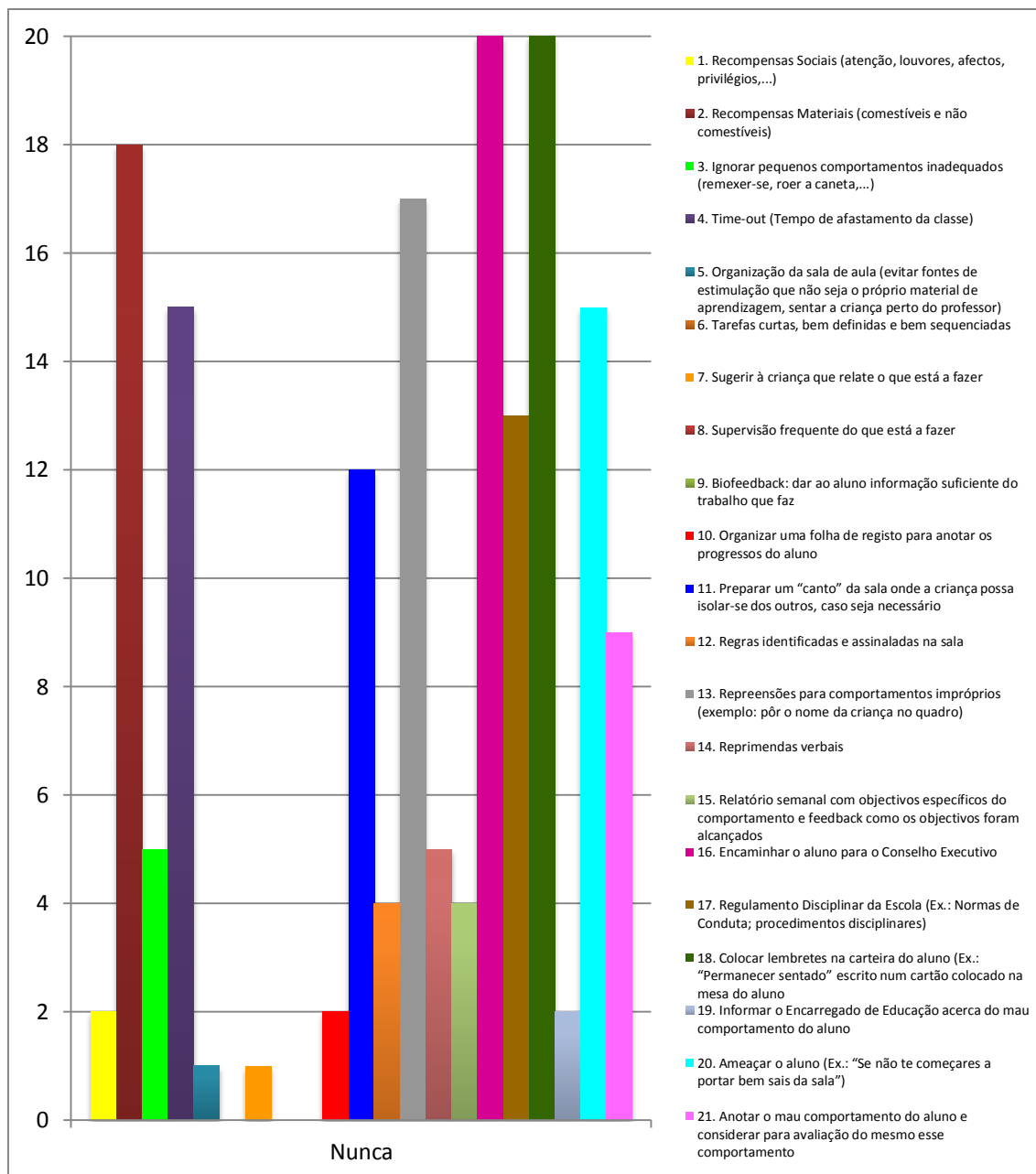


Gráfico 3.19 – Estatística das respostas à questão 11 para estratégias que “Nunca” devem ser utilizadas.

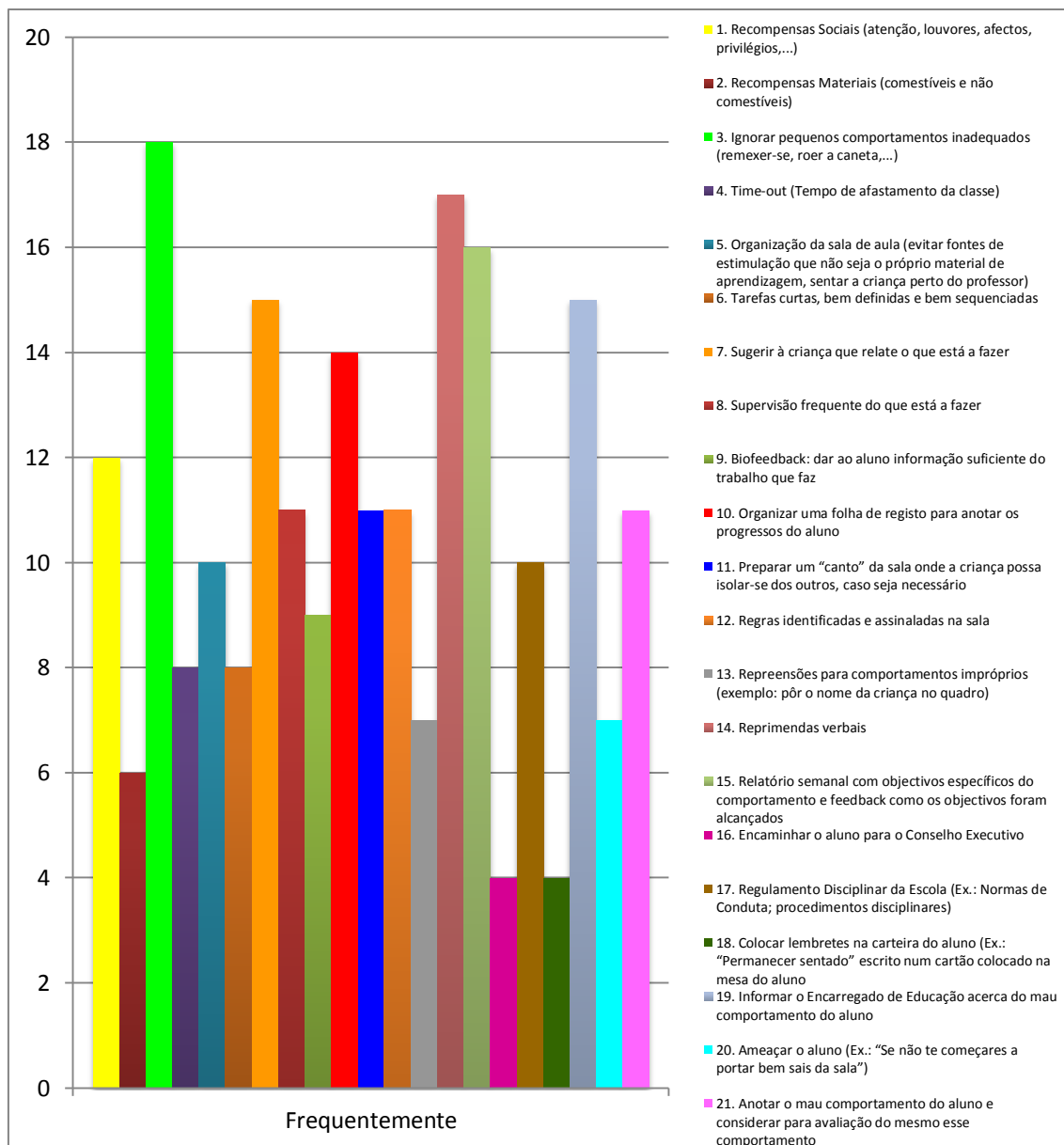


Gráfico 3.20 - – Estatística das respostas à questão 11 para estratégias que devem ser utilizadas "Frequentemente".

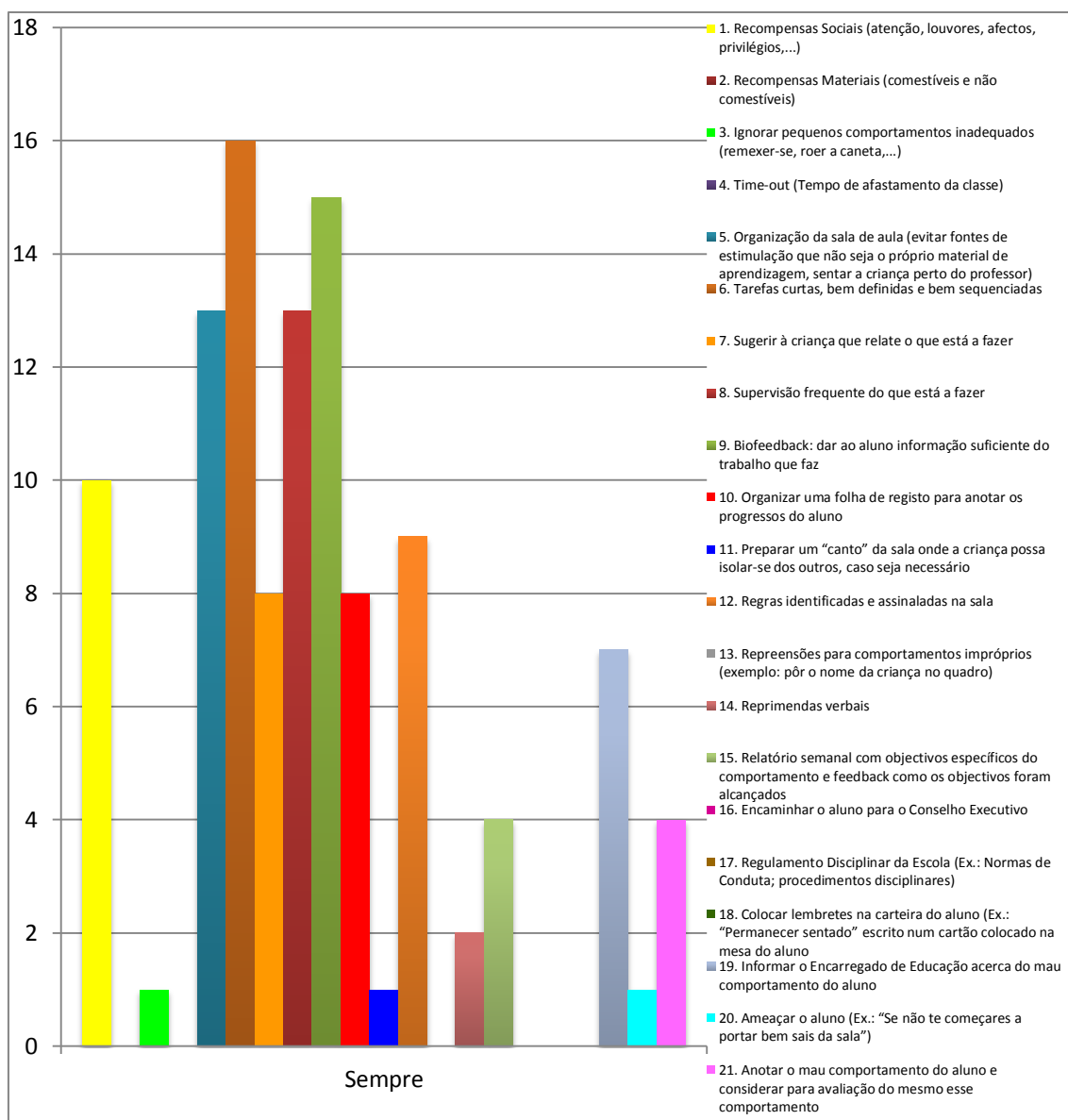


Gráfico 3.21 – Estatística das respostas à questão 11 para estratégias que devem ser “Sempre” utilizadas.

3.2. Discussão dos resultados do inquérito

Iniciamos a discussão dos resultados do nosso estudo pelo conhecimento que os professores que participaram no estudo revelam ter relativamente à PHDA.

Depois de analisarmos os resultados obtidos verificamos que, 50% dos docentes que participaram no nosso estudo, referem que têm alguma (suficiente)

informação anterior relativamente à PHDA. No entanto, de uma maneira geral demonstram que esse conhecimento provém de “Conferências ou leituras” e dos que lhes foi transmitido no “Curso”.

Os participantes do nosso estudo apesar de revelarem algum conhecimento em relação à PHDA demonstram falta de conhecimento em relação a aspectos como a importância da medicação como forma de intervenção importante para o tratamento desta perturbação.

Ao questionarmos os professores, participantes do nosso estudo, sobre quais as características que levam um professor a suspeitar de uma situação de PHDA, estes valorizaram a Falta de Atenção, seguida da Hiperatividade. Segundo Taylor (1991) as crianças com PHDA demonstram uma actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade, seja qual for o ambiente onde estejam inseridas.

Os professores consideram que ter dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades, o não conseguirem seguir instruções e mesmo terminarem as tarefas escolares como características que perturbam muito a vida escolar das crianças com PHDA. Segundo Abikoff (1997) no contexto de sala aula estas crianças exibem taxas de comportamento mais baixas, relativamente à realização de tarefas e trabalho autónomo.

No que concerne à prevalência da PHDA, a maioria dos participantes do nosso estudo, refere que a PHDA “é igualmente comum nas raparigas e nos rapazes”, contra uma percentagem mais baixa que diz ser “mais comum nos rapazes do que nas raparigas”.

Segundo referências bibliográficas, a PHDA é mais frequente em rapazes do que em raparigas.

Relativamente às causas que podem provocar o aparecimento da PHDA, a maioria dos participantes do nosso estudo considera que são os “Factores Genéticos” a causa principal desta perturbação, seguindo-se os “Estilos Parentais”. Em relação a este aspeto, os nossos participantes não demonstram ter um bom conhecimento, pois entre as possíveis causas destacam-se principalmente factores biológicos, atraso na maturação, factores pré e perinatais, influências genéticas e outras variáveis próprias do ambiente da criança. Contudo, não se pode afirmar que algum destes factores seja responsável, separadamente, pela hiperactividade infantil (Barkley).

Em relação à evolução da PHDA constatamos que a maioria dos participantes do estudo considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Na literatura os resultados de diversos estudos indicam, de modo geral, que o distúrbio tende a diminuir com a idade, não só na adolescência mas também durante a vida adulta (Barkley, 1998).

Analisando os resultados sobre quem deve fazer o diagnóstico verificamos que, a maioria dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico, seguido pelo “Médico”, como o profissional que deve realizar o diagnóstico.

Relativamente aos problemas que os participantes do estudo consideram estar associados à PHDA, que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar foram apontadas a “Pouca persistência e baixa motivação”, que são indicadas como o problema que causa maior desadaptação, seguindo-se as “Dificuldades de aprendizagem” e a “Baixa Auto-Estima”.

No que concerne às formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA, constatamos que os participantes no estudo, consideram que a “Colaboração pais-escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, seguida da “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” e o “Apoio Escolar” merece também realce por parte dos inquiridos.

Os professores valorizam muito a colaboração entre estes e a família, considerando esta colaboração muito importante para a resolução dos problemas das crianças com PHDA.

Cada vez mais os professores pedem aos pais para estarem presentes na vida escolar dos seus filhos. Um grande número de docentes refere, também, a grande importância que os especialistas provenientes de um contexto clínico podem ter para ajudar a resolver situações relacionadas com a PHDA.

São muitas as estratégias utilizadas pelos docentes para lidar com estas crianças mas, por vezes, já experimentaram várias estratégias e ficam desanimados porque parece que nada resulta, por isso referem, em grande número, a necessidade de terem o apoio de outros profissionais que os ajudem a trabalhar com estas crianças.

Em relação às atitudes a tomar pelo professor quando têm uma criança com PHDA na sala de aula, os participantes no nosso estudo consideraram como prioritário “Encaminhar para um Técnico especializado” seguido de “Manter um contacto mais frequente com a família” e “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias”/“Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula” são também atitudes bastante valorizadas pelos participantes.

É de salientar que os participantes no estudo continuam a dar muita importância à intervenção de um técnico especializado no apoio às crianças com esta problemática, à colaboração com a família e ao ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.

No geral, podemos considerar que estes professores têm uma atitude consonante com aquilo que na literatura se recomenda visto que estamos a falar de comportamentos a seguir e não em crenças/mitos criados, os quais ainda consistem linhas de orientação para algumas pessoas para intervir com crianças com esta problemática.

Sobre as possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar, utilizadas pelos participantes do estudo, com mais frequência no seu dia-a-dia, quando se tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula, constatamos que as estratégias mais referidas pelos participantes foram as “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas”, logo seguida do “Biofeedback”, “Supervisão Frequente do trabalho” e “Organização da sala de aula”.

DuPaul e Stoner (1994) já consideravam estes aspetos como essenciais para uma bem-sucedida gestão de comportamentos de crianças hiperativas.

3.3. Análise da Entrevista ao Encarregado de Educação

- *Bloco A – Bem-estar e vida familiar*

O Encarregado de educação caracteriza o seu filho como sendo “maçador”, “meigo” e “muito irrequieto”, mas também muito preocupado. Acha que o que lhe mais interessa fazer é jogar jogos na Playstation e tudo o que esteja relacionado com a

escola não lhe interessa. Pensa que as suas maiores dificuldades estão relacionadas com a escola, com ter de elaborar trabalhos ou ler. Refere:

“... as dificuldades que ele tem, é não se interessar por nada que esteja escrito num papel ou num livro.”

“...é uma criança que se estiver em casa passa o dia no computador, a ver televisão ou a ouvir música.”

Referindo referências bibliográficas estes alunos, aborrecem-se, desconcentram-se nos deveres, enquanto um jogo de vídeo é capaz de captar a sua atenção durante horas.

O Encarregado de educação caracteriza o comportamento do seu filho em casa como sendo agitado e como sendo uma criança por vezes maçadora.

“... ele às vezes é um bocado maçador... está sempre a arranjar alguma coisa para me picar a cabeça.”

Segundo Lopes, J. (2003) muitos pais não conseguem perceber “as razões pelas quais uma criança de aparência absolutamente normal consegue ser tão cansativa, tão desgastante e tão pouco capaz de seguir instruções, orientações ou ordens.”

Refere que nos locais públicos é igual, mas que se contém mais por ter vergonha que ralhem com ele. O entrevistado assume que, no caso do seu filho, é muito raro estudar em casa e que sempre que o manda fazer alguma coisa ele começa a chorar.

- *Bloco B – Socialização*

Com o decorrer da entrevista podemos perceber que o aluno vive apenas com a mãe, tendo mais dois irmãos, que não vivem com ele. A relação com o pai é inexistente. Dá-se bem com os irmãos, mas tem uma relação especial com a sua irmã mais velha, com quem, por vezes, vai passar os fins-de-semana. O Encarregado de educação refere que o filho se dá bem com os pares, que gosta de ir à escola, mas não com o intuito de “escola/ sala de aula”, gosta de ir para a escola brincar.

- *Bloco C – Perceber a importância do papel “escola” para o Encarregado de Educação*

O entrevistado está satisfeito com os apoios que o filho recebe na escola referindo que *“tendo em conta a situação dele, acho que as pessoas têm feito mais do que a conta...”*

Em casa, o Encarregado de educação utiliza como estratégias pedagógicas:

- Recompensas;
- Conversar com muita calma.

Russel Barkley (2000) enuncia 14 princípios orientadores de ação parental com crianças PHDA: (citado in Lopes, J., 2001)

- Forneça feedback e consequências mais imediatas;
- Forneça feedback mais frequente;
- Utilize consequências maiores e mais poderosas;
- “Exteriorize” o tempo e estabeleça “pontes” entre tempos e acontecimentos;
- Exteriorize a informação importante no “ponto de realização”;
- Exteriorize a fonte de motivação no “ponto de realização”;
- Torne o pensamento e a resolução de problemas mais “físicos”;
- Esforce-se por ser consistente;
- Não pregue no deserto. Atue!
- Planeie antecipadamente o que fazer em situações problemáticas.
- Lembre-se de que o seu filho(a) tem uma dificuldade específica;
- Não personalize os problemas do seu filho(a);
- Saiba perdoar.

Além destes 14 princípios também Stephen R. Covey enuncia um conjunto de regras que se podem tornar fundamentais na forma como lidar com estas crianças:

1. “Seja proactivo”.
2. “Aja com um objectivo estabelecido”.

3. “ Ponha as coisas mais importantes em primeiro lugar”.
4. “ Pense em vitória / vitória”.
5. “ Procure primeiro compreender e só depois ser compreendido”.
6. “Sinergize”.
7. Renove-se”.

É necessário que os encarregados de educação conheçam estes princípios e este conjunto de regras, pois será uma forma de os ajudar a lidarem melhor com os seus filhos.

A partir da entrevista depreende-se que o aluno vive sozinho com a mãe, tendo-a apenas como referência. A mãe tenta fazê-lo perceber as coisas importantes da vida, o que por vezes nem sempre é fácil, devido ao seu comportamento.

Este encarregado de educação enquadra-se naqueles pais referidos por Lopes. J. (2003) “ que têm a secreta esperança de que, com o crescimento, a situação se altera.”

3.4. Análise da Entrevista ao “Rodrigo” (nome fictício)

- *Bloco A – Bem-estar e vida familiar*

O “Rodrigo” (nome fictício) caracteriza-se como sendo uma pessoa amiga, companheira e brincalhão, acha que não é bom a trabalhar, a bater e a dizer asneiras. O que mais gosta de fazer é jogar à bola e brincar com os amigos. Quando conta como é um dia seu de escola, repete mais do que uma vez que não trabalha.

“Não trabalho / chego cedo/ vou brincar com os meus amigos / depois de brincar vou para as aulas e nas aulas não trabalho...”

Estas características, apresentadas pelo próprio “Rodrigo”, são apresentadas no Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais da associação americana – DMS- IV- TR (2002).

Em casa, diz que passa os dias a ver “bonecos” e que se porta bem. Em relação ao estudar, diz que não precisa de estudar.

- *Bloco B – Perceber a relação existente entre o aluno e os seus pares.*

Durante a entrevista o “Rodrigo” nunca falou no seu pai, diz que se dá bem com a mãe e com os seus irmãos. Refere muito os amigos e que gosta de brincar com todos.

- *Bloco C – Aprendizagem / Modelo Educativo*

O “Rodrigo” gosta de ir à escola, mas não sabe o que mais gosta de fazer na escola. A matemática é a sua disciplina favorita. Refere que ter de fazer cópias, textos é muito cansativo e chato.

“ ... cansam-me muito e parece que não consigo pensar. / Esses trabalhos são chatos.”

Gosta mais de trabalhar acompanhado. Em relação ao seu comportamento na sala de aula, diz que se comporta “mais ou menos bem”, porque às vezes não está muito atento, não trabalha e de vez em quando vai para fora da sala.

A hiperatividade no contexto da escola deve ser considerada como um problema que não se resolve facilmente, por isso os professores destas crianças devem ter em considerações alguns aspectos enumerados por DuPaul e Stoner (1994), de modo a conseguirem gerir bem os comportamentos das mesmas. Esses aspectos são:

- Uma minuciosa avaliação dos problemas que o aluno apresenta na sala de aula, do modo a se poderem delinear estratégias de intervenção precisas e adequadas;
- Fornecer a estes alunos feedback, sobre a forma como estão a realizar os trabalhos;

- Reforçar positivamente, mas não esquecendo a utilização de reprimendas sempre que necessário, com o intuito de reorientar a criança para a sua tarefa. As reprimendas devem evitar juízos de valor desnecessários sobre os comportamentos e/ou sobre o sujeito e devem ser realizadas de forma breve, calma, direta e, se possível, privada;
- Propor-lhe trabalhos breves e, evitar tarefas repetitivas, visto que estas crianças tendem a desistir muito facilmente;
- Recompensar a criança com atividades de que ela goste e não com objetos;
- O professor deve-se apresentar como proativo e não como reativo.

Gostaria de um dia vir a ser militar: *”Ser... ser da tropa... para defender as pessoas.”* Mas acha que para isso tem que melhorar o seu comportamento.

3.5. Análise de documentos e relatórios

O “Rodrigo” foi encaminhado para uma consulta de Desenvolvimento, em julho de 2010, quando terminou o primeiro ano de escolaridade, devido a diversos comportamentos, tais como: muita dificuldade em manter-se sentado e concentrado numa tarefa específica, raramente terminar os trabalhos propostos, estar constantemente a desafiar a autoridade e as regras de comportamento, demonstrar baixa resistência à frustração e muito baixa capacidade de autocontrolo.

Da consulta de desenvolvimento e dos testes realizados, resultou o seguinte diagnóstico “Hiperatividade e Défice de Atenção”. A partir daí foi pedido que o “Rodrigo” fosse integrado no decreto de Lei 3/2008, de modo a ser abrangido por várias medidas tais como: Apoio pedagógico Personalizado; Adequações Curriculares Individuais; Adequações no processo de Avaliação e beneficiar de acompanhamento de psicóloga na escola. Do relatório elaborado pela médica que o acompanha pode-se concluir também que este apresenta reacções de oposição/ provocação.

Segundo Falardeau (1997) as crianças hiperativas apresentam problemas graves de comportamento que, naturalmente, complicam a situação. Esses problemas geram reacções de oposição/provocação. Que podem ser de vários tipos:

- Contradizer o adulto;
- Recusar os pedidos ou os regulamentos dos adultos;
- Fazer deliberadamente coisas que incomodam os outros;
- Culpar os outros pelos seus próprios erros;
- Sentir-se facilmente incomodado pelos outros;
- Zangar-se rapidamente pela mais pequena provocação;
- Ser vingativo;
- Utilizar uma linguagem obscena.

A característica essencial do Problema Desafio-Opositor é um padrão recorrente do comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade.

Ao iniciar o segundo ano de escolaridade, o “Rodrigo” passou também a tomar medicação, de modo a ajudá-lo a estar mais concentrado nas suas tarefas. A medicação aumentou o seu período de atenção e concentração, conseguindo-se a partir daí um maior investimento nas tarefas escolares.

Desde 1937 que são usados fármacos para tratar a hiperatividade, mas na realidade não existe nenhum medicamento que cure a hiperactividade, este apenas atenuam os sintomas.

Ao longo do tempo, a medicação tem sofrido algumas alterações, tanto ao nível dos medicamentos (Rubifen / Concerta / Rubifen), como da quantidade ingerida, devido a alterações de comportamento.

No terceiro ano, o “Rodrigo” ficou retido devido a não alcançar os objetivos mínimos traçados para aquele ano, devido ao seu défice de atenção e principalmente devido ao seu comportamento.

- Decreto de Lei 3/2008

O Decreto-Lei nº3/2008 de 7 de Janeiro define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básicos e secundários dos setores público, particular e cooperativo visando a criação de condições para a adequação do

processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas (...) de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social. Delimita ainda os alunos com direito a apoio, por parte da Educação Especial; faz avaliação das crianças e jovens com recurso à CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade da OMS); promove maior envolvimento da escola e professores na tomada de decisões, no processo educativo dos alunos pertencentes à EE; atribui à escola o dever de encontrar outras respostas para os alunos com necessidades educativas especiais de carácter temporário.

Linhas Futuras de Investigação

Com este estudo, não se pretende alcançar, ou mesmo apresentar, resultados decisivos mas antes aprender mais sobre esta perturbação de modo a ter a percepção do que pode ser feito pelos professores para ajudarem as crianças que apresentem esta perturbação.

A dimensão da amostra que serviu de base à nossa investigação não nos permitiu tirarmos muitas conclusões em relação às principais dificuldades que os pais sentem no seu dia-a-dia com os seus filhos. Neste sentido, numa próxima etapa, pensamos que seria vantajoso alargar a investigação aos pais, elaborando um questionário, que tivesse questões relacionadas com as dificuldades que os pais atravessam de modo a poderem ajudar os seus filhos, assim como, concentrar o estudo a professores que intervenham diretamente com estes alunos.

Outra linha de intervenção será realizar uma ação de formação com os professores que participaram no estudo, de modo a esclarecer as dúvidas que existem sobre esta perturbação, que cada vez mais existe nas crianças que frequentam as nossas escolas.

Reflexão Final

A elaboração deste trabalho de investigação permitiu verificar que a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) apresenta consequências em grande parte da população, principalmente infantil e juvenil, mas que não é um “problema” novo, tendo sido apenas considerado como perturbação no séc. XX, quando começaram a ocorrer alguns avanços nesta área e, a partir daí, estabeleceu-se quais os seus sintomas e manifestações.

A PHDA evoluiu ao longo da vida e as suas características também. Na infância as características sentem-se mais ao nível do excesso de atividade motora e da impulsividade, na adolescência, são ao nível do défice de atenção e da impulsividade. Os adultos também podem apresentar PHDA, mas de uma forma mais controlada.

As causas para esta perturbação podem ser várias tais como consequências de possíveis lesões cerebrais, disfunções genéticas, problemas ambientais e psicossociais ou outros como o uso do álcool e tabaco. Mas não podemos deixar de dar muita atenção aos aspetos relativos ao funcionamento cognitivo, comportamental, emocional e pedagógico pois são esses os que se tornam mais difíceis de interpretar e dificultam a aprendizagem.

Como educadores / professores devemos desenvolver competências nas nossas escolas de modo a motivar e incluir as crianças com PHDA.

Este estudo / investigação pretendeu sobretudo adquirir um melhor conhecimento do que é a PHDA e aferir quais as estratégias e atitudes que são tomadas pelos professores do 1.º Ciclo, relativamente a alunos que têm esta perturbação.

Da análise dos resultados podemos inferir que os objetivos propostos para esta investigação foram atingidos e ao longo do trabalho já fomos apresentando e analisando de forma pormenorizada os dados e discutindo os resultados que apurámos.

Em relação ao nosso primeiro objectivo concluímos que as principais dificuldades com que os alunos, que têm PHDA, se deparam são a falta de atenção, a dificuldade em controlar a sua atividade motora, os impulsos e o incumprimento das

regras. Estes parâmetros todos juntos vão fazer com que o aluno não obtenha sucesso nas suas aprendizagens.

A desmotivação que muitos alunos apresentam em relação aos trabalhos escritos, tem a ver principalmente, com a necessidade de o aluno ter que estar concentrado, “quieto” de modo a que consiga pensar e realizar os trabalhos propostos.

No que concerne aos dois últimos objetivos verificamos que os docentes que participaram no nosso estudo, apesar de referirem que têm pouca informação anterior relativamente ao PHDA, de uma maneira geral, revelam conhecimento em relação às atitudes a tomar quando têm na sala uma criança com PHDA.

Com este estudo aprofundámos o nosso conhecimento em relação ao PHDA, que nos ajudou a interpretar e perceber melhor as dificuldades sentidas pelas crianças com esta perturbação, mas também as dificuldades com que se deparam os professores e os pais.

A atualidade, especificidade e complexidade da problemática em estudo exigem uma continuidade da realização de pesquisas no sentido de ajudar todos os profissionais que trabalham com estas crianças, de maneira a que estes as ajudem a obter sucesso nas suas aprendizagens e na sua vida futura.

Pensamos que é importante referir que os professores devem pensar que a sua formação não termina quando finalizam os seus cursos, estes devem valorizar a formação e encará-la como um processo permanente e contínuo. É muito importante que todos os professores se mantenham atualizados relativamente à PHDA, para que também mais facilmente consigam fazer o despiste da mesma e sempre que necessário, adotem estratégias diversificadas de modo a favorecer a aprendizagem destas crianças.

As crianças com PHDA precisam de ser ajudadas não só pelos professores, mas também por técnicos especializados. É necessário que estes trabalhem em conjunto e se empenhem de modo a encontrarem estratégias adequadas para envolver os pais/Encarregados de Educação porque só um trabalho de parceria com todos os que rodeiam a criança poderá ajudá-la a ultrapassar todas as suas dificuldades.

Na maioria das vezes, os professores que têm nas suas salas de aula crianças com PHDA sentem-se muitas vezes “exaustos” porque estas crianças têm que estar constantemente a ser supervisionadas pelos professores porque têm muita dificuldade

em manter a atenção, distraem-se com muita facilidade e raramente seguem as instruções ou terminam as tarefas pedidas, no entanto esta supervisão é necessária e extremamente importante, para que os alunos com PHDA possam ser totalmente incluídos e consigam alcançar o sucesso escolar desde os primeiros anos da sua vida académica.

Este “esgotamento” sentido pelos professores, muitas vezes também é sentido pelos pais/ encarregados de educação, por isso é importante que exista um contacto permanente entre estes dois parceiros, de modo, a que ambos consigam definir estratégias comuns, para que a criança perceba que estão a trabalhar em parceria e, também para que os pais se sintam apoiados.

A PHDA é um tema que ainda tem muito para se explorar, no entanto, achamos que este estudo poderá ser um pequeno contributo para com quem lida com estas crianças todos os dias e, que por vezes não sabe como agir, de modo a ajudá-las.

Referências Bibliográficas

- Bell, J. (1997) . *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva
- Bogdan, R. e Biklen S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora
- Carmo, H. Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação – guia para auto – aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- Correia, L. M. (2005). *Inclusão e necessidades educativas especiais*. Porto: Porto Editora
- Correia, L. M. (2003). *Educação especial e inclusão*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.
- Dupaul, G. J. & Stoner, G. (2007). *THDA nas escolas: Estratégias de avaliação e intervenção*. M. Books do Brasil Editora Lda.
- Estrela, M. (1994). *Relação pedagógica, disciplina e indisciplina na aula*. Porto: Porto Editora
- Falardeau, G. (1999). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: Editora McGraw- Hill
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Edições Quarteto
- Ludke, M. e André, M. (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. Editora Pedagógica Universitária. São Paulo
- Parker, H (2005). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora
- Quivi, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- Serrano, J. (2007). *A sala de aula: Porta para a realidade ou para a utopia da educação inclusiva?* in David Rodrigues e Bbiana Magalhães, *Aprender juntos para aprender melhor*, Lisboa : Fórum para a Educação Inclusiva. Faculdade de Motricidade Humana
- **Artigo de revista:**
Diogo, T. (2012,outubro). *Como carros sem travões... Pais&filhos*, pp 51-53.

- **Fontes legislativas**

Declaração de Salamanca. (1994). *Sobre Princípios, Política e Práticas na Área Das Necessidades Educativas Especiais*. Espanha: Unesco. Consultado no dia 20 de abril de 2012 no site:

<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>.

Decreto-lei nº 319/91, de 23 de agosto. Consultado no dia 17 de maio de 2012 no site:

<http://portal.doc.ua.pt/baes/Decreto-lei319de23agosto91.pdf>

Decreto de Lei nº 3 / 2008. Consultado no dia 26 de maio de 2012 no site:

<http://dre.pt/pdf1s/2008/01/00400/0015400164.pdf>

Anexos