

Para todas as crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção:

«Todo o comportamento é comunicação! É impossível deixar de comunicar! (í) O silêncio, a recusa de prestar atenção ao outro, o cortar a palavra contém em si o valor de uma mensagem. Difícil se torna por vezes compreender a mensagem (í). Mais difícil ainda é descodificá-la num contexto relacional, que garanta a transmissão e a retransmissão desta mesma mensagem.» (Falardeau, 1999).

Agradecimentos

Este trabalho não teria ganho corpo se não fosse o apoio de várias pessoas que nele acreditaram e contribuíram para que se tornasse realidade. Por isso, começo por agradecer à Professora Doutora Maria de Lourdes Cró, minha orientadora, pela motivação, críticas e sugestões que ao longo deste percurso tanto contribuíram para que se concretizasse. Agradeço-lhe ainda a disponibilidade e simpatia com que sempre me recebeu.

Aos meus amigos, Anabela, Carla e Rosarinho, Sofia e Vítor por todo o apoio prestado nas diversas fases de elaboração deste trabalho.

Aos meus pais por todos os sacrifícios que fizeram por mim e pela educação que me deram.

Ao António, agradeço o apoio desde o primeiro momento, sobretudo na decisão de me inscrever no Curso de Mestrado.

E por fim, à Mariana, minha filha, um beijo especial *õdaqui até à lua e vir mil vezes*, pelo tempo que não podemos conviver nestes últimos dois anos!

Resumo

O presente projeto partiu da problemática relacionada com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Como professores, julgamos importante refletir e investigar sobre estas áreas, bem como as dificuldades que lhes estão subjacentes. Através da reflexão e investigação, pretendemos descobrir fundamentos, causas, perspetivas e estratégias a desenvolver nas nossas práticas com o fim último de proporcionar o sucesso educativo dos nossos alunos, bem como a promoção de uma autoestima que proporcione uma sólida construção das suas personalidades.

O nosso estudo teve como ponto de partida um estudo sobre um aluno com PHDA em contexto de comorbidade. O aluno revela uma alteração estrutural do cromossoma 10.

Num primeiro momento analisamos as perspetivas e expetativas dos pais e do aluno. Verificámos quais as características e necessidades do aluno no sentido de maximizar as suas potencialidades e desenvolver as suas áreas menos fortes, de forma a levar a uma inclusão e integração plenas na comunidade envolvente.

Com o presente trabalho, não tivemos a pretensão de estudar profundamente todas as questões relacionadas com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, mas contribuir, de forma modesta, para um melhor conhecimento do caso estudado, em benefício dos êxitos escolares, pessoais e profissionais de todas as crianças e jovens.

Palavras-chave: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, PHDA, Comorbidades, Professor, Aprendizagem

Abstract

This project is based on inherent issues related to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. As educators we believe that it is important to reflect and investigate this type of disorder as well as its inherent difficulties. Through reflection and research, we intend to unravel its basis and causes, as well as perspectives and strategies that can be applied in the classroom. These strategies aim not only at the student's educational success but are also intended to promote a self-esteem that can lead to a sustained personality development.

Our research was based on a case study of a student with diagnosed ADHD in the context of co-morbidity. The subject was identified with a structural abnormality on chromosome 10.

Initially perspectives and expectations of both the parents and the student were addressed. Student's characteristics and needs were identified and explored in order to maximize the subject's potential, with the final goal being his/hers complete inclusion and integration into the surrounding community.

This report was not intended to be a deep analysis of all issues inherent to ADHD. Rather, it was intended to be a minor contribution aimed at raising the awareness of this disorder through this particular case study. In this way, one hopes to, although modestly, benefit both professional and personal successes of all children and young people facing this type of challenges.

Key Words

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Co-morbidity, ADHD, Teacher, Learning.

PARTE II: TRABALHO DE CAMPO

1. Justificação do estudo	59
2. Definição dos objectivos	60
3. Metodologia utilizada	60
3.1. Estudo de caso único	60
4. Caracterização da Instituição	61
5. Técnicas de recolha de dados	62
5.1. Anamnese	62
5.2. Escala de Comportamento Adaptativo ó ECA	63
5.3. Questionário de perspetivas e expetativas dos pais/encarregados de educação	65
5.4. Questionário de perspetivas e expetativas do aluno	66
5.5. Análise documental ó Informação Clínica	67
6. Apresentação e análise de resultados	69
6.1. Apresentação e análise de resultados da Anamnese	69
6.2. Apresentação e análise de resultados da Escala de Comportamento Adaptativo - ECA.	70
6.3. Apresentação e análise de resultados do questionário de perspetivas e expetativas dos pais/encarregados de educação...	75
6.4. Apresentação e análise de resultados do questionário de perspetivas e expetativas do aluno	79
6.5. Apresentação e análise dos dados documentais de Informação Clínica	81
7. Discussão dos resultados	82
Conclusões	91
Recomendações	92
Referências Bibliográficas	94
ANEXOS	100

Índice de Quadros

Quadro I - Prevalência de comorbidades em portadores de PHDA na comunidade	26
Quadro II - Formulações terapêuticas de Metilfenidato disponíveis em Portugal (Cordinhã, 2008)	35
Quadro III - Dados Obtidos na Anamnese do aluno õRodrigoö	69
Quadro IV - Apresentação e análise de resultados da Escala de Comportamento Adaptativo ó ECA.	70
Quadro V- Apresentação e análise de resultados do questionário de perspetivas e expetativas dos pais/encarregados de educação.	75
Quadro VI - Apresentação e análise de resultados do questionário de perspetivas e expetativas do aluno.	79
Quadro VII - Apresentação e análise dos dados documentais de Informação Clínica	82
Quadro VIII ó Cadeia de Tarefas Psicomotoras	87
Quadro IX ó Cadeia de Tarefas Cognitivas	88
Quadro X ó Cadeia de Tarefas Sociais	89
Quadro XI - Monitorização da cadeia de tarefas Psicomotoras	90
Quadro XII - Monitorização da cadeia de tarefas Cognitivas	90
Quadro XIII - Monitorização da cadeia de tarefas Sociais	90

Introdução

Se nos dias que correm já é suficientemente difícil educar uma criança ou um adolescente, educar uma criança que apresenta Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é ainda mais difícil!

Os professores desempenham um papel fulcral na experiência escolar da criança portadora de PHDA, sendo que, da nossa experiência como docentes, poucos detêm informação suficiente acerca da mesma. Existem perceções erradas quanto à natureza, às causas e à manifestação dos sintomas, assim como relativamente ao que estes devem fazer.

O conhecimento sobre a PHDA constitui o primeiro passo para ajudar a criança/jovem no seu processo educacional, sendo que quanto maior o grau de informação relativa a esta problemática, maior a probabilidade de a criança/jovem obter sucesso a nível escolar e obter uma formação integral.

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (com ou sem comorbidades associadas), regista-se em cerca de 3 a 7 % das crianças em idade escolar. Tem uma prevalência maior no sexo masculino e surge, quase sempre, até aos seis anos de idade. A Hiperatividade, a Impulsividade e a Falta de Atenção são as suas características mais marcantes e que podem, dependendo da sua intensidade, definir o subtipo da Perturbação.

A PHDA é responsável pelo abrandamento do ritmo e da capacidade de aprendizagem académica, assim como dificulta o relacionamento social e provoca a baixa auto-estima. Assim, é urgente que as crianças/jovens hiperativos sejam acompanhados, seguidos e

estimulados pelas pessoas que as rodeiam (principalmente pelos professores e pais), na medida em que têm mais probabilidade de sucesso académico, pessoal e social na sua vida. Aqui, a intervenção e o acompanhamento são critérios indispensáveis para a superação dos problemas e dificuldades que resultam da PHDA.

O nosso trabalho divide-se em duas partes distintas. A primeira parte consta a Investigação de carácter Bibliográfico e a segunda a Investigação em Trabalho de Campo.

No enquadramento teórico, apresentaremos a evolução histórica do conceito, definição atual, incidência, etiologia, características e comorbidades associadas, diagnóstico, intervenção, papel da família e do professor perante uma criança com PHDA, e como é que os professores podem ajudar um aluno com PHDA.

Feito o enquadramento teórico, apresentaremos a nossa investigação, com início na justificação do estudo, definição dos objetivos, metodologia apresentada (estudo de caso único).

No seguimento, daremos conta do desenho do estudo, dos instrumentos/técnicas de recolhas de dados, bem como os respetivos procedimentos.

No capítulo que se segue, serão analisados e apresentados os dados recolhidos, seguindo-se a discussão de resultados.

De seguida apresentaremos um fluxograma do objetivo final, que terá como finalidade ajudar a preparar futuro profissional do aluno em causa.

No último capítulo, apresentaremos as conclusões e recomendações.

Gostaríamos que esta dissertação contribuísse para ajudar os professores a refletir e a melhorar as suas práticas educativas, relativamente às crianças/jovens com PHDA, respeitando as suas necessidades e características que constituem direitos fundamentais e que lhes seja facilitada a sua transição para a vida ativa, de modo a poderem estar em sociedade de forma autónoma e independente.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. Evolução histórica da definição do conceito de PHDA

As primeiras referências relativas à hiperatividade remontam a 1800. Fazia-se referência à agitação, impulsividade, dificuldades na concentração e atividade motora excessiva em crianças mentalmente atrasadas ou com problemas neurológicos graves. No entanto, Still (1902, *cit.* Lopes, 1998) foi talvez o primeiro a descrever um conjunto de sintomas co-mórbidos que se aproximam muito dos sintomas que são considerados como os principais do DHDA. Still referiu-se a estas crianças como apresentando uma deficiência do controlo moral, baixos níveis de inibição volitiva e de atenção, agressividade, hiperatividade e, como problemas associados, a desonestidade, a crueldade, a desobediência sistemática e problemas de aprendizagem escolar.

O grande interesse dos americanos pela DHDA é despertado pelo grande surto de encefalite que ocorreu entre 1917 e 1918 (Lopes, 1998). Os clínicos viram-se confrontados com muitas crianças que sobreviveram à referida infeção cerebral mas que ficaram com sequelas cognitivas e comportamentais (Stewart, 1970; Kessler, 1980; Cantwell, 1981, *cit.* Lopes, 1998). As descrições dessas crianças incluíam sintomas como deficiências na atenção, na regulação da atividade e impulsividade, que são hoje critérios de diagnóstico das crianças com PHDA.

Um marco importante na evolução do conceito de DHDA é, também, o conjunto de trabalhos publicados entre os anos de 1936 e 1941 (Brandley, 1937; Brandley & Bowen, 1940; Goldstein, 1936; Molitch & Eccles, 1937) sobre o tratamento de crianças com diversos tipos de psicopatologias. Durante as décadas de 30 e 40, os investigadores pensavam que desde que as modificações do comportamento fossem

acompanhadas de doença ou trauma neurológico conhecido, qualquer criança que exibisse o conjunto dos sintomas de comportamento referenciados devia também ter algum problema neurológico (Strauss & Lehtinen, 1947; Werner & Strauss, 1941). Este argumento foi ganhando, com o tempo, a aceitação. Tornou-se comum assumir que a criança que revelasse hiperatividade sofria de lesão cerebral moderada e difusa, ou de anomalias neurológicas.

Num relatório de Clements (1966), em que é consagrado o conceito de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) e presentes as características mais frequentemente referidas como indicadores da presença de DCM, encontrava-se, entre muitas outras (estavam especificados 99 sintomas para este distúrbio), a hiperatividade, distúrbios de atenção e a impulsividade (Lopes, 1998). A DCM foi, até ao seu abandono, razão de muitas críticas na medida em que englobava grande variedade de problemas e crianças com características muito diferentes.

A partir daqui, a DCM foi analisada por partes. Um dos grupos de investigadores dedicou-se no estudo da hiperatividade, desatenção e impulsividade, no conjunto que são hoje considerados os comportamentos típicos da PHDA (Barkley & Ullman 1975; Chess, 1960; Weiss & Minde, 1972; Schachar, 1986; Tayler, 1986, entre muitos outros cit. Lopes, 1998). À medida que a insatisfação com a expressão Disfunção Cerebral Mínima aumentava, surgiu o conceito de *õSíndroma Hiperativo da Criançaö*, descrito nos trabalhos clássicos de Laufer e Denhoff (1956), Stella Chess (1960), ou *õSíndrome Hiperativa da Infânciaö* (Burks, 1960; Ounstead, 1955). Chess, definiu hiperatividade como *õone who carries out activities at a higher than normal rate of speed than the average child, or who is constantly in motion, or bothö* (*õé aquela que executa as atividades a um*

ritmo de velocidade mais elevado do que a criança normal, ou que está em constante movimento, ou ambas as coisas).

A publicação de Chess foi historicamente significativa pois, segundo Barkley (1991), enfatizou a atividade da criança como a característica determinante da perturbação, sublinhou a necessidade de considerar os dados objetivos dos sintomas para além das referências subjetivas dos pais ou dos professores, separou o conceito de uma síndrome de hiperatividade do conceito de uma síndrome de lesão cerebral, além de retirar aos pais a culpabilidade pelos problemas dos filhos (Lopes, 2003).

Foi então reconhecido que a hiperatividade era uma síndrome comportamental que podia ter origem numa patologia orgânica mas podia também ocorrer na sua ausência. Mesmo assim a hiperatividade continuou a ser vista como a consequência de algum problema biológico mais do que o resultado de causas exclusivamente ambientais (Chaves, 1999).

Nos anos 70 assistiram-se a uma autêntica explosão do número de estudos sobre o DHDA, representando no final da década alguns milhares de artigos, textos científicos e livros publicados. Barkley (1990), realça a importância dos anos 70 para a definição e conceitualização atuais de DHDA, não só ao nível da emergência dos défices de atenção como imagem de marca deste distúrbio, como também ao nível da produção científica sobre etiologia, terapêutica e avaliação do DHDA (Lopes, 1998).

O contributo de Douglas (1972) foi significativo. Ela demonstrou que os défices de atenção e o controle do impulso eram mais responsáveis pelas dificuldades observadas nestas crianças do que a hiperatividade. A mesma autora em 1983 descreveu quatro possíveis défices como responsáveis pelos sintomas da ADHD. (1) - Défices do investimento,

organização e manutenção da atenção e do esforço; (2) - Incapacidade em inibir as respostas impulsivas; (3) - Incapacidade em regular os níveis de atividade para fazer face às situações; (4) - Uma predisposição nada habitual para procurar reforço imediato (Chaves, 1999). Esta publicação foi muito influente, na medida em que esteve na origem da perturbação ser redefinida como *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção* em 1980 na publicação do DSM-III. Os défices na manutenção da atenção e no controlo do impulso eram agora formalmente reconhecidos como de maior significado no diagnóstico relativamente à hiperatividade.

O DSM-III-R (1987), representa uma revisão importante dos critérios de diagnósticos contidos no DSM-III, bem como, uma alteração da denominação *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção* para *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção-Hiperatividade*. O DHDA é integrado, conjuntamente com o *Distúrbio de Oposição* e o *Distúrbio de Conduta*, numa categoria ampla, designada por *Distúrbios Disruptivos de Comportamento*, devido à elevada comorbilidade, sobreposição e até mesmo dificuldades de discriminação evidenciadas por estes três distúrbios (Lopes, 1998).

A década de 90 constituiu um momento de intensa investigação, com uma incessante busca de validação de modelos anteriormente defendidos. Os problemas de comorbilidade com o Distúrbio de Oposição, o Distúrbio de Conduta e as Dificuldades de Aprendizagem continuaram a constituir uma verdadeira batalha para os investigadores e levantaram grandes dúvidas quanto à possibilidade de se realizar diagnósticos válidos para cada uma destas condições.

O DSM-IV (1994), consagra uma nova subdivisão da lista de sintomas em que, por um lado, são agrupados os sintomas de

de hiperatividade-impulsividade e por outro os de desatenção. É também mencionado neste estudo, que os sintomas devem ser verificados em mais do que um contexto, assim como, devem ser registados por um período mínimo de 6 meses.

Para concluir, é importante demonstrar que o DSM-III, o DSM-III-R e o DSM-IV, nos Estados Unidos e o ICD-9 e ICD-10, na Europa, são na generalidade o mesmo documento, mas embora publicados em continentes distintos sem diferenças significativas na sua essência.

2. Perspetiva Atual da Definição do Conceito de PHDA

A Hiperatividade ou, na designação científica atual, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), é uma das mais estudadas problemáticas da infância e da adolescência, muito embora a investigação neste domínio se revista de inúmeras controvérsias que se iniciam imediatamente pela própria designação e definição do respetivo conceito (Lopes, 2003; Rodrigues & Morato, 2001), que se apresenta com diferentes explicações teóricas consoante as diferentes denominações.

Segundo Barkley (1998), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é o diagnóstico mais recente para as crianças que evidenciam problemas significativos na atenção, impulsividade e extra atividade. As crianças com este diagnóstico representam uma população heterogénea que apresenta variações consideráveis ao nível do grau dos seus sintomas, na situação evasiva desses sintomas e na extensão a outras desordens que ocorrem associadas a esta.

Agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de

aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc., são algumas das características atribuídas a estas crianças (Lopes, 2003).

Crianças e adultos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, são usualmente descritas como tendo dificuldades crónicas como desatenção e/ou impulsividade-hiperatividade. Acredita-se que apresentam estas características desde cedo, num grau que é desapropriado para a sua idade ou nível de desenvolvimento e numa variedade de situações que baixa a sua capacidade para prestar atenção, restringir os seus movimentos, inibir os seus impulsos e regular o seu comportamento em relação às regras, tempo e futuro (Barkley, 1998).

Barkley (2006), define a PHDA como *um aglomerado de défices desenvolvimentais na regulação e manutenção do comportamento através de regras e consequências. Estes défices dão origem a problemas de inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou a estímulos e de adesão a regras ou instruções*.

O autor Saúve (2006), descreve a criança com PHDA como *ótendo dificuldade em manter a qualidade da sua atenção e modulá-la, de forma apropriada, do princípio ao fim da tarefa ou actividade*. Deixa-se cativar por tudo o que a circunda, menos pelo essencial. Fala e age sem refletir e não compreende a relação entre os atos que realiza e as consequências. Mexe-se exageradamente, sobretudo com os pés, mãos ou boca (através de palavras ou sons), frequentemente sem razão, e em vários contextos (em casa, na escola, em público e durante o sono).

CAPÍTULO II

1. Incidência da PHDA

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2002), a incidência desta perturbação varia substancialmente com a alteração dos critérios de diagnóstico utilizado e, grande parte, devido às variações dos contextos e o frequente uso de amostras referenciadas a normas estimadas. Segundo esta Associação, vários estudos realizados, demonstram a existência de uma prevalência da PHDA em 3 a 7 % da população em idade escolar, numa proporção de 3 rapazes para 1 rapariga.

Para Selikowitz (2010), a PHDA, afeta 3 vezes mais os rapazes do que as raparigas e não faz distinção entre grupos étnicos.

Segundo a *Attention Deficit Disorder Association (s.d.)*, mais de 70 % das crianças diagnosticadas com PHDA continuam a manifestar todos os sintomas desta perturbação e, 15 a 50 % continuam a manifestá-los em adultos.

Barkley (1981), refere que os rapazes apresentam maiores dificuldades em dar atenção a estímulos relevantes e inibir respostas a estímulos irrelevantes.

Para Salgueiro (1983), a instabilidade tem uma expressão diferente nos rapazes e nas raparigas, mais com *õsintomas da série motora nos rapazes* e *õsintomas de série depressiva nas raparigas* como tal as raparigas surgem menos nas consultas de psiquiatria, dado que a inibição é mais *õsuportável* do que a irrequietude.

A diferença entre as taxas realizadas em estudos clínicos e comunitários pode estar associada á predominância de PHDA em

meninos, o que conduz a maiores queixas de comportamento e encaminhamento (Biederman *et al.*, 1996 cit. por Barkley 2006).

CAPÍTULO III

1. Etiologia da PHDA

Apesar de nos últimos anos se terem verificado progressos significativos ao nível da identificação das causas da PHDA (Lopes, 2003), continua a ser difícil eleger um fator responsável pela existência desta perturbação.

Segundo Rebelo (1986), apontam-se vários fatores como possíveis causadores deste síndrome:

Fatores situacionais ó As crianças podem exibir vários graus de atenção e atividade em diferentes situações. De alguns estudos feitos, pode ser tirada a seguinte conclusão: - a identificação de um défice de atenção ou de um traço de hiperatividade deve ser feito ao longo do tempo e não em situação de experiência, há que distinguir hiperatividade situacional de hiperatividade persistente.

Fatores genéticos ó Existem algumas evidências de que há um fator genético no síndrome. Estudos recentes realizados nos EUA dizem que a causa da hiperatividade está num defeito genético ó mau funcionamento do gene que regula a atividade das hormonas da tiroide. Numa revisão de fatores e constitucionais na hiperatividade, conclui-se o seguinte:

- ✓ Existe uma relação entre a hiperatividade em crianças e alcoolismo nos familiares adultos;
- ✓ Crianças hiperativas têm mais possibilidades de sofrer de desordens psiquiátricas na vida adulta;

- ✓ Crianças hiperativas tendem a ter pais, tios ou tias que também foram hiperativas;
- ✓ Há uma evidência clara para determinantes genéticos da hiperatividade. Estudos recentes com gémeos homozigóticos, vêm em apoio destes fatores. A questão põe-se em saber se o PHDA é uma posição extrema de hiperatividade temperamental ou se uma entidade patológica por si só.

Fatores biológicos ó Aqui toma-se em conta essencialmente o crescimento/maturação biológica que ocorre mais ligeiro ou mais lento nas crianças e que pode ter influência no comportamento da mesma.

Fatores neurológicos ó Muitas crianças apresentam disfunções cerebrais, devido a desequilíbrios químicos do cérebro, em que as conexões neuronais não funcionam normalmente por falta de estimulação ó baixa produção de neuro químicos. Existem outros casos em que o sistema neurofisiológico também funciona mal, devido a acidentes ou enfermidades. Por exemplo, no caso do uso dos anticonvulsivos, devido à sua ingestão, a criança poderá apresentar atividade excessiva, falta de atenção e problemas de comportamento. As crianças apresentam rendimento escolar pobre, falta de atenção, muita impulsividade, irritabilidade e frustração e por tal facto, tem um desempenho sofrível na escola. Apresentam, portanto, dificuldades de aprendizagem.

Fatores ambientais ó Todas as pessoas estão constantemente submetidas a estímulos ambientais (trabalho, escola, meio). Todavia, na criança hiperativa, algumas situações e estímulos poderão contribuir para prejudicar os seus comportamentos, interferindo na atenção, na

aprendizagem e conduzindo-a a um descontentamento pessoal (má auto-imagem) e conseqüente insucesso.

Ross e Ross (1982), concluíram que, embora fatores genéticos e hereditários estejam na origem da hiperatividade, não são os principais. O mais relevante na sua opinião, são os fatores educacionais e relacionais (criança/educador). Para além das causas referidas, há ainda a acrescentar o espaço e o ambiente social onde a criança se desenvolve.

Segundo García (2001), *As dificuldades que têm surgido na identificação dos agentes causais do distúrbio devem-se, em parte, ao facto de as crianças hiperativas constituírem um grupo muito amplo e diverso no que respeita aos comportamentos que manifestam e aos seus fatores etiológicos*. Esta autora, aponta como causa da PHDA os seguintes fatores: neurológicos, pré-natais e perinatais, genéticos, ambientais e variáveis psicológicas.

CAPÍTULO IV

1. Características da PHDA

As características da PHDA, apresentadas na maioria das bibliografias, estão divididas em primárias e secundárias ou associadas. As características primárias são o Défice de Atenção, a Impulsividade e a Hiperatividade. Estas são consideradas, pela maior parte dos autores, como as necessárias à construção do diagnóstico (Barkley, 1981 *cit. in* Melo, 1994). Assim, se estas não se manifestarem em determinado momento e de acordo com os critérios descritos, não será possível estabelecer um diagnóstico (Melo, 1994). As características secundárias ou associadas são vistas como consequência das características primárias ou como características que existem com uma frequência muito reduzida em relação às primárias (Melo, 1994).

Seguidamente serão descritas as características primárias e secundárias:

a) Características Primárias:

➤ Défice de Atenção:

Ao nível da atenção, embora as capacidades de processamento de informação se encontrem intatas, as crianças revelam um desempenho fraco em tarefas que lhe cedam suporte diminuto, revelem pouco interesse ou se encontrem associadas a fatores de distração (tais como ruídos ou outros fatores distráteis), (Fonseca, 1998; Goldstein & Reynolds, 1999; Barkley & Shelton, 1995).

Desta forma, segundo Peters (*cit. in* Riba & García, 2001), as crianças hiperativas estarão mais ou menos limitadas pela quantidade de unidades de informação que podem captar ao mesmo tempo e integrá-las

na ação global. Consequentemente, quando têm de enfrentar uma situação complexa que requeira dirigir a atenção de uma informação para outra, falham na operação de síntese e apresentam a informação fragmentada. Perante o fracasso, o seu esforço diminui em tentativas sucessivas mostrando inquietude, aborrecimento ou hiperatividade.

Os défices ao nível da atenção, podem ter efeitos a médio ou a longo prazo no comportamento das crianças, no rendimento escolar e no funcionamento cognitivo.

➤ Impulsividade

Segundo Barkley (1998), a impulsividade reside na dificuldade de inibir o comportamento em resposta a exigências situacionais e tem uma natureza multidimensional, sendo pouco claro quais os aspetos que interferem na criança com PHDA.

Esta característica apresenta dois significados distintos: comportamental e cognitivo. O primeiro, refere-se à dificuldade de controlar comportamentos e de pensar sobre as suas consequências, requerendo gratificações imediatas (Taylor, 1991 *cit. in* Riba & Garcia, 2001). O segundo, está relacionado com uma forma rápida de resposta e frequentemente incorreta perante tarefas que implicam resolução de problemas (Taylor, 1991 *cit. in* Riba & Garcia, 2001). Isto afeta sobretudo o desempenho escolar, ou seja, um comportamento impulsivo cognitivo leva a criança a responder aos estímulos sem um processo de análise adequado da informação percebida.

Em virtude da sua impulsividade ou aparente baixa consciência do risco, a criança com PHDA é mais propensa a acidentes.

➤ Hiperatividade

As crianças com PHDA apresentam, normalmente, níveis excessivos de atividade motora ou oral, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e desnecessários para a tarefa e, por vezes, desproporcionados (Barkley, 1998). Ao nível do contexto escolar, são crianças que estão quase sempre fora do seu lugar, movimentando-se por toda a sala. Evidenciam movimentos dos braços e pernas quando estão a trabalhar, mexem em objetos desnecessários à tarefa, falam muito alto com os colegas, emitindo ruídos vocais incomuns e com comentários constantes, relativos às atividades à sua volta e/ou aos comportamentos dos outros (Zentall, 1985, *cit. in* Nogueira & Lopes, 1998).

b) **Características Secundárias** (Barkley, 1998):

Cognitivos

- ◆ Alguns défices em termos de inteligência;
- ◆ Défices na realização académica;
- ◆ Dificuldades de aprendizagem na leitura, na linguagem, na matemática e na escrita;
- ◆ Dificuldades na orientação temporal;
- ◆ Dificuldades na habilidade de planear;
- ◆ Decréscimo na memória de trabalho verbal e não verbal.

Linguagem

- ◆ Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- ◆ Dificuldades na fala;
- ◆ Fala em excesso;

- ♦ Dificuldades na organização e expressão de ideias;
- ♦ Défice na autorregulação do comportamento;
- ♦ Desenvolvimento deficiente na argumentação moral.

Funcionamento Adaptativo

- ♦ Apresentam uma menor capacidade de adaptação do que as crianças da mesma idade, sem PHDA.

Desenvolvimento Motor

- ♦ Atraso no desenvolvimento motor;
- ♦ Movimentos da praxia global lentos;
- ♦ Sinais neurológicos lentos de coordenação motora e movimentos globais.

Emoção

- ♦ Défice de autorregulação das emoções;
- ♦ Problemas na tolerância à frustração.

Realização Académica

- ♦ Comportamentos desviantes na sala de aula;
- ♦ Realização escolar abaixo das capacidades;
- ♦ Repetições de ano sucessivas;
- ♦ Integração em um ou mais programas de educação especial;
- ♦ Várias suspensões e exclusões da escola;
- ♦ Dificuldades na realização académica.

Realização de Tarefas

- ♦ Falta de persistência e motivação;
- ♦ Não realiza uma tarefa de cada vez, acabando por não terminar nenhuma;
- ♦ Diminuição da produtividade quando não existem recompensas;
- ♦ Dificuldades em permanecer em tarefas que tenha de haver tempos de espera;
- ♦ Declínio na performance quando um reforço que é contínuo passa a intermitente.

Riscos de Saúde

- ♦ Maior apetência para acidentes;
- ♦ Possível atraso de crescimento na infância;
- ♦ Dificuldades em adormecer e durante o sono.

CAPÍTULO V

1. PHDA e Comorbidades

a) O que é uma comorbidade?

O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino *õcumö*, que significa contiguidade, correlação, companhia e pela palavra morbidade, originada de *õmorbusö*, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças e não de sintomas.

Feinstein (1970), descreve a comorbidade, como qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença índice esteja sob estudo. Em epidemiologia psiquiátrica, a ênfase é dada ao risco relativo: probabilidade do portador de um determinado transtorno tornar-se mais predisposto a desenvolver outro. Para haver comorbidade é importante a relação e a continuidade temporal entre os dois transtornos, que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro.

Selikowitz (2010), refere que há uma série de sintomas mais comuns em indivíduos com PHDA do que na população em geral. A tendência para que vários sintomas coexistam é conhecida pelo nome de *õco-morbidadeö*. Vem do termo médico *õmorbilidadeö* que está relacionado com a quantidade de pessoas com um distúrbio específico. Refere ainda que uma criança com PHDA pode revelar mais do que um sintoma de comorbidade. Por exemplo, pode manifestar ansiedade e perturbações de conduta para além da PHDA. A presença de comorbidades (ou outros distúrbios associados) em crianças e adolescentes pode acontecer em mais de 50% dos casos e piora muito o quadro da PHDA.

A PHDA com Transtorno Desafiador Opositor (TDO) é a maior comorbidade encontrada em crianças e adolescentes. A sua incidência pode chegar a 65% dos casos de TDAH (DDA) dos quais 63% são rapazes e 32% são raparigas. Caracteriza-se por um comportamento desafiador e opositor em relação às figuras de autoridade, principalmente pais e professores. Para enfrentar e desobedecer à disciplina imposta por estes, violam regras, mentem e podem ser agressivos, desrespeitando limites e direitos alheios. Esse comportamento resulta em respostas punitivas, enraivecidas, descontroladas às quais crianças e adolescentes contestam descontroladamente. Geralmente sentem-se injustiçados por tantas críticas e punições, diminuindo a sua autoestima, provocando neles uma maior agressividade, maiores taxas de disfunção escolar e muitos transtornos antissociais.

b) Razão para a ocorrência de Comorbidades

Selikowitz (2010) refere que as perturbações comórbidas que podem coexistir com a PHDA podem ser de causa poligenética. A comorbidade ocorre porque a PHDA e as condições que lhe estão associadas partilham alguns genes comuns. Cada uma destas perturbações comórbidas é causada por alguns genes de PHDA associados a genes adicionais exclusivos desta perturbação. O mesmo autor refere que entre os genes que causam a PHDA encontram-se os genes que podem provocar o aparecimento dos tiques, do distúrbio bipolar, do distúrbio obsessivo-compulsivo e associado à depressão os genes que causam a distímia (mau-humor). Pode explicar-se desta maneira a continuidade dos sintomas que abrangem desde a *õmente agitada* até à ansiedade, a distímia até à depressão, as preocupações até

ao distúrbio obsessivo-compulsivo. A gravidade irá depender do número de genes que a pessoa herdou dessa perturbação emocional em particular.

c) Comorbidades mais frequentes

Têm sido feitos estudos em relação à comorbidade entre o PHDA e a perturbação de oposição e da conduta, PHDA e perturbação do humor e da ansiedade, PHDA e doença bipolar, PHDA e perturbações psicossomáticas, PHDA e dificuldades de aprendizagem, PHDA e perturbações da leitura, deficiência mental e PHDA, síndrome de Tourette e PHDA e verificou-se que existem prevalências de comorbidades entre a PHDA e as referidas perturbações psiquiátricas.

A PHDA associa-se com significativo comprometimento funcional em diversas áreas (acadêmica, profissional, social) e, à medida que o indivíduo cresce, ocorrem também taxas crescentes de comorbidade psiquiátrica. A presença de comorbidade com transtornos comportamentais, transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar), transtornos de ansiedade, abuso de álcool e drogas aumenta o comprometimento observado numa significativa parcela destes indivíduos. Estudos de comorbidade revelaram taxas elevadas de ocorrência com outros transtornos psiquiátricos, em especial os transtornos do humor, os transtornos ansiosos e os transtornos disruptivos do comportamento.

O estudo de genética da PHDA do *National Institute of Mental Health* demonstrou de forma clara que os sintomas de PHDA não são meramente expressão do quadro clínico de outros transtornos e representam uma comorbidade real. A PHDA quer na infância, quer na idade adulta, cruza-se com diversas comorbidades. A frequência de

comorbidades entre a PHDA adulto e outros transtornos mentais foi avaliada na comunidade durante o estudo *National Comorbidity Survey-Replication* (NCS-R). De modo geral, há um aumento da possibilidade de ocorrência de PHDA em portadores de outros transtornos mentais e vice-versa.

Quadro I - Prevalência de comorbidades em portadores de PHDA na comunidade

		Prevalência de outros transtornos	
		Em portadores de PHDA	Em pessoas sem PHDA
Transtornos do humor	Depressão maior	18,6	7,8
	Distímia	12,8	1,9
	Transtorno bipolar	19,4	3,1
Transtornos de ansiedade	Transtorno de ansiedade generalizada	8,0	2,6
	PTSD	11,9	3,3
	Transtorno de pânico	8,9	3,1
	Agorafobia	4,0	0,7
	Fobia social	29,3	7,8
	Transtorno obsessivo compulsivo	2,7	1,3
Uso de substâncias psicoativas	Abuso de álcool	5,9	2,4
	Dependência de álcool	5,8	2,0
	Abuso de drogas	2,4	1,4
	Dependência de drogas	4,4	0,6
Transtornos do controle dos impulsos	Transtorno explosivo intermitente	19,6	6,1

CAPÍTULO VI

1. Diagnóstico PHDA

Antunes (2009) refere que a PHDA não tem um marcador biológico, um parâmetro facilmente mensurável como o açúcar nos diabetes, que nos permita afirmar com segurança a presença da disfunção.

O Diagnóstico da PHDA não se baseia só na observação do médico mas na dos pais, familiares e professores que permaneçam com a criança a maior parte do seu tempo ativo, deverá ser feita no seu habitat natural, no caso das crianças em casa e na escola (Antunes, 2009).

Os sistemas internacionais de referência na classificação e diagnóstico das Perturbações Psicológicas, mais comumente adotados pela comunidade científica e clínica DSM-IV- TR (publicado pela Associação Americana de Psiquiatria) e o Manual Internacional de Classificação de Doenças (ICD-10- Classificação Oficial da Organização Mundial de Saúde), são unânimes em considerar que é fundamental que os diversos sintomas apareçam em simultâneo ou em associação, com intensidade e frequência significativas, e que isso perturbe de forma expressiva o processo de desenvolvimento to ou a nível de adaptação das crianças.

Na última versão do DSM-IV-TR (2002), esse distúrbio requer a presença persistente e duradora de pelo menos 6 sintomas de uma lista de 18, metade deles relacionados com problemas de atenção e a outra metade relacionada com problemas de Hiperatividade/Impulsividade.

Vejamos então, seguidamente, os Critérios de Diagnóstico da DSM-IV-TR(2002).

Para se formular o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), terão de se verificar as condições especificadas na secção I ou na secção II.

A. Ou I ou II:

- 1. Falta de Atenção:** Desde pelo menos há seis meses, verificam-se seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção, num grau que provoca inadaptação e que é incompatível com o nível de desenvolvimento:
- a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;
 - b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
 - c) Com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;
 - d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
 - e) Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
 - f) Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental prolongado (tais como trabalhos escolares ou de casa);

- g) Com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- h) Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- i) Esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2. Hiperatividade-Impulsividade: Desde pelo menos há seis meses, no mínimo, verificam-se seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade, num grau que provoca inadaptação que é incompatível com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

- a) Com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- b) Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- c) Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);
- d) Com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer;
- e) Com frequência ãandaõ ou só atua como se estivesse õligado a um motorõ;
- f) Com frequência fala em excesso.

Impulsividade

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

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

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

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

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

De acordo com esta categorização, convencionou-se designar subtipos clínicos desta perturbação, (baseados no número de sintomas evidenciados pelo sujeito nas duas dimensões Falta de Atenção e Hiperatividade /Impulsividade).

♦ **PHDA Impulsivo predominantemente Hiperativo (PHDA/I-HI)**, com um mínimo de seis sintomas de hiperatividade/impulsividade;

- ♦ **PHDA predominantemente Desatento (PHDA/D)**, com um mínimo de seis sintomas de desatenção;

- ♦ **PHDA Combinado**, Associação entre sintomas de Hiperatividade/Impulsividade e de Desatenção (PHDA/C) com um mínimo de seis sintomas de desatenção e de seis de hiperatividade/impulsividade.

CAPÍTULO VII

1- Intervenção na PHDA

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

Para Silva (2010), *õa importãncia do diagnõstico e o tratamento precoce é altamente eficazõ*. A PHDA sem tratamento pode influenciar adversamente o desempenho escolar e/ou a actividade profissional, diminuir a auto-estima e afetar as relaçaões interpessoais.

A intervençaõ precoce e atempada é desejável, considerando as consequências da PHDA. O plano de tratamento deve ter sempre em conta a necessidade de reconhecer a PHDA como situaçaõ crõnica e com potencial de persistir na vida adulta; na maioria dos casos inclui farmacoterapia, associada ou nã a intervençaõ comportamental. Há necessidade de aceitar e compreender a perturbaçaõ, criando uma aliança terapêutica entre a criança, os pais, o mÃdico e o professor; essa atitude visa, sobretudo, o esclarecimento e aconselhamento adequado de todos os intervenientes, que possibilite implementar mudanças de atitudes a adaptaçaõ a diversas situaçaões, alÃm de reforçar positivamente os comportamentos adequados.

O objetivo da intervençaõ é o controlo dos sintomas de desatençaõ, hiperatividade e impulsividade, melhorando o desempenho acadÃmico e as competências sociais, permitindo dessa forma aumentar a autoestima da criança. Podem considerar-se estratÃgias terapêuticas comportamentais e educacionais, apoio educativo individualizado ou, eventualmente, apoio educativo especializado, atividades extra-

académicas, terapia familiar e participação em grupos de pais ou de apoio da comunidade. Deve incluir-se uma prova terapêutica com um psicostimulante, desde que não estejam contraindicados, em associação a outras intervenções (Cordinhã, 2008).

O tratamento global de uma criança com PHDA envolve na maioria das vezes, a combinação de intervenções de ordem médica, psicológica e pedagógica:

a) Intervenção Farmacológica

Segundo Selikowitz (2010), a medicação é uma maneira de ajudar a criança. É para ser administrada juntamente com outras estratégias de modo a surtir melhores resultados.

O objetivo do tratamento farmacológico é o de ajudar a criança ou o adolescente a melhorar a sua qualidade de vida e não a *öcurarö*.

Segundo Lino (2005), a medicação é uma ferramenta necessária para a qualidade de vida do indivíduo.

O tratamento farmacológico, especialmente a prescrição de estimulantes é um método frequente e tradicional. A sua aceitação entre os profissionais e os pais explica-se pela facilidade de administração e pela rapidez dos seus efeitos sobre as condutas mais alteradas. Os estimulantes são fármacos que, paradoxalmente, diminuem a atividade física e aumentam os períodos de atenção (não *öcuramö* mas atenuam os sintomas). Em Portugal, existem de momento três formulações comerciais da mesma substância química (Metilfenidato): o Rubifen, a Ritalina LA e o Concerta. O Metilfenidato começou a ser usado no tratamento do défice de atenção nos EUA há mais de 60 anos e começou a ser estudado em 1938. É por isso uma substância largamente experimentada, cuja segurança é atestada por milhões de crianças a quem

foi administrada. O Metilfenidato é, provavelmente, o medicamento com ação sobre o Sistema Nervoso das crianças melhor estudado.

Segundo Arruda (2008), a terapêutica com *Psicoestimulantes*, o metilfenidato, não só é a primeira escolha no âmbito da PHDA, mas também afigura-se como o mais estudado e prescrito no mundo.

Diferentes partes do cérebro, exercem diferentes funções. Cada secção usa uma linguagem própria, isto é, as células responsáveis por certa tarefa utilizam, para comunicar entre si, uma determinada substância. A zona do cérebro responsável pela atenção, capacidade de antecipar consequências e organizar tarefas, (lobos frontais), usa uma substância química chamada Dopamina. As crianças com défice de atenção têm uma relativa diminuição da Dopamina. O que o Metilfenidato faz é repor valores normais de Dopamina, para que as células responsáveis pela concentração possam funcionar.

Quadro II - Formulações terapêuticas de Metilfenidato disponíveis em Portugal*

	Ação curta	Ação intermédia	Ação longa
Nome comercial	Rubifen [®]	Ritalina LA [®]	Concerta [®]
Dosagem	10 mg	20, 30, 40 mg	18, 36 mg
Dose inicial	5-10 mg	20 mg	18 mg
Dose máxima	60 mg	60 mg	72 mg
Início de ação	20-60 min	30 min-2 h	30 min-2 h
Duração de ação	3 a 6 horas	6 a 8 horas	10 a 12 horas

*(Cordinhã, 2008)

O Metilfenidato é a forma mais eficaz de tratar o défice de atenção. O seu sucesso é muito alto, atingindo 80% de bons resultados. Note-se, contudo, que 2 em cada 10 crianças não respondem ao medicamento. Nesses casos, é legítimo rever o diagnóstico e, caso ele se confirme, ensaiar-se outros medicamentos como a Atomoxetina.

Esta substância química, geralmente é usada apenas em crianças com idade igual ou superior a 6 anos, mas é eficaz em todas as idades, incluindo adultos.

Os efeitos benéficos ou estruturantes da medicação são: o aumento da concentração, melhoria do rendimento escolar, da capacidade de cumprir regras e de se organizar e concluir as tarefas. Cresce a autoconfiança e o orgulho, esbate-se a frustração gerada nos pais e professores, diminuem os comportamentos perturbadores, abre caminho a trocas mais cordiais (Saúve, 2006).

b) De ordem psicológica

Particularmente as terapias comportamentalistas (visando a modificação dos comportamentos inadaptados particularmente através de esquemas de reforços que incrementam os comportamentos desejáveis e fazem diminuir os indesejáveis) e terapias cognitivo-comportamentais (que visam alterar os fatores internos ou a mente das crianças de que depende o seu comportamento, levando-os a refletir e a controlar melhor o seu comportamento, como, por exemplo, aprender a aguardar a vez e a pensar melhor antes de responder) (Oliveira, 2009).

c) De ordem pedagógica

O insucesso escolar da criança com PHDA não é apenas devido às suas características comportamentais, antes ao desajuste destas, (fator biológico), face às circunstâncias da sala de aula (Antunes, 2009).

A intervenção diz respeito a modificações que devem ter lugar em casa, na escola e em qualquer outro local ou contexto em que a criança passe algum tempo do seu dia. A etapa fundamental é obter a

compreensão e aceitação do problema, tendo sempre presente que não se trata de um problema disciplinar, ou dependente da vontade da criança.

Na tentativa de ajudar professores e pais, Oliveira (2009), tenta fornecer algumas orientações, apresentando uma revisão da literatura sobre programas de intervenção em contexto escolar: modelos e métodos de intervenção (modificação comportamental e modificação cognitivo-comportamental), estratégias educacionais (ensino de regras e expectativas escolares, promoção da aprendizagem e ensino remediativo, colegas como tutores, ensino assistido por computador, apoio aos professores). Uma das estratégias passa pelos próprios colegas, alguns dos quais podem assumir a função de tutores para que os hiperativos tenham um feedback imediato do seu comportamento e possam encontrar neles apoio. Do mesmo modo, os computadores, através de *softwares* adequados, também se manifestam de grande utilidade permitindo uma aprendizagem individualizada (Oliveira, 2009)

CAPÍTULO VIII

1. A Família e as Crianças com PHDA

A família é um elemento fundamental para o desenvolvimento humano, tendo as relações familiares uma profunda influência sobre a saúde mental das crianças.

O comportamento da criança resulta da interação desta com o meio onde está inserida, bem como, das suas capacidades (percepção, cognição, predisposição para a aprendizagem) para atuar nesse mesmo meio (Pitelli, 2009).

De acordo com Pitelli (2009), a qualidade das experiências ou a natureza das interações da criança com o meio ambiente, são dimensões extremamente importantes na forma como se comporta. Tal acontece, porque o comportamento sendo adequado ou inadequado, é aprendido.

Segundo Lopes (2004), os pais das crianças com PHDA sentem-se muitas vezes culpados pela situação dos seus filhos. Achrom que não estiveram bem em algum ponto da educação dada. Por vezes sentem-se constrangidos devido aos comentários que ouvem de outras pessoas. Muitas vezes esses comentários nem são tão negativos como parecem, mas o facto de se sentirem olhados devido ao comportamento do seu filho acaba por os deixar angustiados.

Os Pais de crianças com PHDA, devem consciencializar-se de que esta terá mais facilidade em adaptar-se a ambientes familiares bem estruturados e baseados em rotinas e regras claras, onde as expectativas dos adultos são consistentes e as consequências são estabelecidas com clareza e aplicadas de imediato.

Lopes (2004), diz-nos que as crianças PHDA precisam, mais do que as outras, de pais estáveis, firmes, coerentes e simultaneamente compreensivos e disponíveis.

Para modificar um comportamento, devemos começar por perceber a sua origem e as suas causas, com vista a elaborar a estratégia de intervenção adequada.

Durante o processo de educação das crianças, os Pais utilizam vários estilos parentais, bem como, estratégias e técnicas para orientar os seus comportamentos, (Coelho e Murta, 2007).

Ballenato (2009), diz-nos que na comunicação com os filhos, os Pais podem mostrar-se passivos, agressivos ou assertivos.

Para clarificar este assunto, expomos seguidamente os vários Estilos Parentais: o Autoritário, o Permissivo e o Orientador.

Os **Pais Autoritários**, são a favor de uma disciplina rigorosa, com obediência incondicional. Nesta circunstância, os Pais assumem uma postura permanentemente agressiva, dominadora e impositiva, desprezando as opiniões, desejos, motivações e sentimentos dos filhos. A relação é caracterizada pela distância e por uma reduzida troca de afeto. Geralmente são relações difíceis, marcadas pela frustração, pelo conflito e até pela raiva (Ramalho, 2002).

O tom verbal é agressivo e elevado, com uma velocidade que muitas vezes não é captada pela criança/adolescente (devido às suas características de défice de atenção), com gritos frequentes e austeridade nos gestos, podendo mesmo ser usada a punição física como manifestação da imposição da sua autoridade (Ballenato, 2009).

Os **Pais Permissivos**, são defensores da liberdade dos filhos, sendo que não a sabem estabelecer. Não conseguem impor regras e limites, acabando por não lhes ensinar a partilha e o respeito. Com efeito, a criança observa da parte dos seus Pais um estilo passivo, submisso ou até inibido, pois estes adoptam uma postura defensiva sentindo-se mesmo inseguros do seu papel, optando pela cedência constante (calando-se, não reagindo ou

permitindo todas as pressões e reacções dos seus filhos), sem que o seu comportamento tenha consequências.

É de salientar que, quando os Pais Permissivos pretendem impor-se ou assumir uma posição mais reguladora da conduta da criança/adolescente, mas ao sentirem que são incapazes de o fazer, vivenciam frustração, ansiedade, mal-estar, sentimentos de culpa e percepção de incompetência relativamente ao seu papel de educadores. É ainda frequente a postura de submissão aos interesses do/a filho/a, associada à postura de retracção e de incapacidade para controlar e regular comportamentos (Ballenato, 2009).

Os **Pais Orientadores**, assumem uma postura auto-afirmativa, dialogante e assertiva (Ballenato, 2009). Neste caso desejam ajudar os filhos a crescer e a sentirem-se amados, de modo a tornarem-se adultos independentes, generosos e responsáveis. Estes Pais proporcionam carinho e bem-estar e, por outro lado, transmitem à criança a ideia de que o seu comportamento possui consequências e que o espaço das outras pessoas deve ser respeitado (Ramalho, 2002).

A tolerância está presente no diálogo franco existente entre Pais e Filhos, havendo um sentido de justiça e de equidade. Por conseguinte, os filhos sentem-se respeitados e satisfeitos, assumindo as consequências dos seus bons e maus comportamentos, o que contribui para a promoção da auto-estima e da estabilidade emocional de todos os membros da Família.

De acordo com Ballenato (2009), são frequentes:

- **Expressões de Animo e de Estímulo:** - ã Estou convicto que serás capaz de modificar o teu comportamento!õ; õ Confio em ti para realizar este Programa de Comportamento/ esta tarefa! õ; õ Foste fantástico!õ.

- **Expressões de Carinho, Tonalidade Positiva e Aprovação Incondicional** : - ã O Pai e a Mãe adoram-te/ Amam-te muito!ö; ã Sabes que poderás contar sempre com o nosso apoioí ö; ã Sabes que posso ajudar-te! Queres contar-me o que sentes/ o que se passouí ö.
- **Expressões de Cortesia e de Atenção Positiva**: - ã Fico-te muito grato porí ö; ã Lamento que í !ö; ã Peço-te desculpa porí ö; Agradeço-te porí ö.

Sustentando-nos nalgumas pistas fornecidas por Ballenato (2009), uma comunicação moduladora ou assertiva, recorre a um conjunto variado de princípios e estratégias que procuramos elencar e sistematizar em seguida:

- Suporta-se na consideração e no respeito, utilizando expressões de ânimo e de segurança, de incentivo e de reforço, não recorrendo às críticas, ao insulto/acusação, ao desprezo ou à ofensa e coação;
- Sempre que há que recorrer à repreensão, tal ocorre sem ridicularizar, desprezar, humilhar ou envergonhar a criança/adolescente. Ao invés, impera uma atitude de advertência positiva, com recurso ao aconselhamento, à antecipação das prováveis consequências para o bom/mau comportamento, adomestando e corrigindo (sempre que se justifique);
- É utilizado um tom de linguagem positivo, que motiva, incita e anima, potenciando na criança/adolescente a sua capacidade de mudança;
- Sempre que ocorra algum contratempo, procura centrar-se na descrição/objectivação do comportamento disfuncional, em

detrimento de classificar, rotular ou qualificar a criança/adolescente como um todo;

- Impera o sentido de justiça, imparcialidade, neutralidade e objetividade: não se trata de uma linguagem impulsiva ou irrefletida, sendo sustentada na reflexão, ponderação e sinceridade;
- São utilizadas mensagens claras e objetivas, evitando a ambiguidade e subjetividade na sua interpretação; Para os filhos, torna-se fácil reconhecer o que é pretendido pelos Pais, uma vez que estes procuram apropriar as expressões à sua capacidade de compreensão e nível de desenvolvimento;
- Considera a utilização primordial de reforços e contingências positivos, cujo objetivo seja premiar e recompensar, sem que o recurso às ameaças e punições seja um elemento de primeira linha;
- É limitada a utilização de frases/expressões negativas, sendo requerida uma linguagem positiva, afirmativa, assente na escuta ativa, que considera a opinião dos filhos;
- Limita e restringe o uso do silêncio e da omissão, passividade ou permissividade;
- Apresenta e sugere alternativas, sem que para isso pressione, insista de forma rígida, ou force a criança/adolescente a assumir uma única posição ou resposta;
- Sustenta-se na mútua confiança, aspeto que atenua eventuais desequilíbrios, conflitos, discussões ou desconfianças, sendo por isso um estilo comunicacional que perdoa e desculpa;
- A comunicação assertiva, considera a criança/adolescente como um ser único e individual, evitando as generalizações ou comparações, que promovem a recusa em assumir os erros e inibem a intenção de corrigir o seu comportamento.

Apesar de assumirmos que o Estilo Parental Orientador é aquele que melhor contribui para a comunicação funcional entre os Pais e as Crianças/Adolescentes com diagnóstico de PHDA, ainda assim surgirão momentos e situações do quotidiano em que emergirão dificuldades e contratempos no campo da regulação e gestão da sua conduta.

Segundo Polis (2008), *os pais são o fulcro da vida da criança com PHDA*. Os pais não se podem esquecer que o filho gosta deles, por mais disparates que façam, tendo de realçar o seu importante papel como eixo de equilíbrio na vida da criança.

CAPÍTULO IX

O Professor e as Crianças com PHDA

Segundo Pereira (2005), a preocupação com o sucesso escolar dos alunos e a integração futura na sociedade, é uma preocupação de todos os professores.

De uma maneira geral, a literatura aponta para a existência de algum desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, facto que os condiciona a darem resposta às necessidades das crianças com esta perturbação (Shapiro & DuPaul, 1993 *cit. Sciutto et al.*, 2000). A falta de conhecimento da natureza, causas e evolução desta perturbação, condicionam a intervenção do professor, que em muitos casos se baseia em mitos e crenças acerca da mesma.

Selikowitz (2010), diz-nos que *para controlar adequadamente uma criança com PHDA, o professor tem que compreender o que significa ser uma criança com esse distúrbio.*

Segundo Cró (2009), tanto a formação inicial, como a formação contínua têm de ser repensadas, de forma a ajudar os professores a adotarem formas de trabalho que tenham em conta todos os alunos, incluindo os que têm dificuldades.

Os professores que trabalham com crianças com PHDA, devem ter atitudes e conhecimentos realistas sobre a perturbação, pois quanto maior forem maior será a probabilidade de sucesso dos seus alunos. Esse conhecimento passa pela informação específica sobre a PHDA, pelo conhecimento das estratégias de intervenção e de métodos de instrução académica adequados a estas crianças e pelo reconhecimento de que estas crianças enfrentam desvantagens específicas dentro da sala de aula.

De salientar a importância da formação de professores, pois ela permite apetrechá-los de conhecimentos de base empírica sobre a PHDA, estabelecer através desta base, uma ponte motivadora de alterações, nas suas atitudes e prática pedagógica perante as crianças com esta perturbação.

Segundo Correia (1999), o desempenho das funções do Professor de Educação Especial, deve passar por uma formação que promova a aquisição de competências necessárias ao atendimento dos alunos com NEE.

O professor está colocado numa situação privilegiada de observador e de interventor do e no contexto escolar, um dos cenários que regista maior desadaptação nestas crianças, torna-se clara a importância do seu papel, especialmente ao nível da instrução, ou seja, na forma como fazer estas crianças adquiram competências académicas e sociais.

Sabendo-se que os professores passam a ser mais autoritários em resposta aos problemas de comportamento desencadeados por crianças com PHDA e que por isso, as suas interações se tornam mais negativas, condicionando ainda mais os seus já limitados sucessos académicos e sociais, ao mesmo tempo que reduzem a sua motivação para aprenderem e diminuem a sua autoestima (Barkley, 2002), impõem-se a necessidade de alteração desta situação. Só possível através do alargamento do conhecimento sobre o que é a PHDA e as suas implicações a médio e longo prazo para as crianças com a perturbação. Segundo Barkley (2006), a avaliação do conhecimento e atitudes do professor face à PHDA é o primeiro passo uma intervenção escolar.

Todos os professores deverão ter consciência que em termos de desenvolvimento cada criança é um caso, necessitando por isso de um atendimento de acordo com as suas capacidades e a sua diversidade.

Perante a suspeita de diagnóstico de PHDA, o professor pode e deve encaminhar a criança para uma consulta da especialidade a fim de ser confirmado ou não o diagnóstico e de se aferir a necessidade de medicação. Quando a criança já é medicada, o professor pode ajudar no acerto da dosagem correta a tomar, uma vez que está numa posição privilegiada para detetar mudanças no controle do comportamento e no desempenho académico.

Os professores deverão observar estes comportamentos durante os períodos de trabalho individual e nas interações criança/criança e criança/adulto, na sala de aula e no recreio.

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

Segundo Selikowitz (2010), os pais e os professores de crianças com estes distúrbios devem manter um contato regular. Pode fazer-se através da caderneta da escola ou do caderno diário. Para assuntos confidenciais deve marcar-se uma reunião.

O professor de um aluno com PHDA deve ser um comunicador assertivo, compreensivo e amigo, saber ouvir, mostrar-se sempre

disponível para ajudar, criar um ambiente acolhedor, manter uma postura firme, motivar os alunos, adaptar os currículos à diversidade de alunos, impor a autoridade mas sem ser autoritário. Compete aos professores dar o seu melhor dentro da sala de aula, intervindo rapidamente com eficácia e eficiência como um *õmaestroõ* dos alunos.

Segundo Vieira (2000), para uma gestão eficaz da sala de aula eficaz, o professor deve seguir dois princípios básicos: *õexibir confiança e exercer influênciãõ*.

O professor que acolhe bem a individualidade e a criatividade, mesmo que o aluno se desvie da norma, e consegue integrar essa criatividade na sala de aulas e nos exercícios muito provavelmente terá sucesso com os seus alunos com PHDA.

1. Como é que os professores podem ajudar um aluno com PHDA

Segundo Selikowitz (2010), é fundamental que os professores criem um ambiente de aprendizagem propício à criança com hiperatividade.

Para Selikowitz (2010), a forma mais simples de recompensar a criança é elogiar-lhe as ações com uma festa, um sorriso, ou dizer *õMuito Bemõ* ou *õFoi num instanteõ*, quando a criança se despacha a vestir-se ou *õQue linda históriaõ*, quando a lê bem e por aí fora.

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

De uma maneira geral todos os alunos beneficiam de diversas formas de utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), estas aumentam a motivação e a concentração dos alunos.

Paul & Stoner (2007), assinalam que é recomendado, *o uso do computador pois pode melhorar os comportamentos relacionados com a realização de tarefas e a produtividade nos trabalhos dos alunos com PHDA*.

O professor pode e deve usar o tempo de trabalho com o computador como um reforço, para tarefas mais monótonas se tornem mais aliciantes como por exemplo: fazer uma cópia. O Computador é uma ferramenta pedagógica motivadora da aprendizagem e aliciante para o aluno podendo ser completada pela utilização de materiais manipuláveis.

Em seguida, procuramos apresentar várias estratégias educacionais, a ter em conta na intervenção na escola:

a) Providenciar um ambiente de aprendizagem estruturado

É Organizar o horário e as rotinas da sala de aula em função das capacidades das crianças, mais do que em função do horário escolar imposto;

É Planear as transições entre atividades para que a criança com PHDA não se desorganize durante as mesmas;

É Providenciar situações adequadas, para que a criança possa terminar uma tarefa antes de iniciar outra;

É Destinar tarefas que tenham alta probabilidade de serem completadas dentro do tempo letivo;

É Utilizar estratégia para ajudar a criança a monitorizar o tempo que tem e necessita para a realização de uma tarefa,

É Estabelecer, com a criança, os objetivos e expectativas antes de iniciar as tarefas e nunca durante as mesmas,

É Reforçar de forma positiva e sistemática a criança e evitar apontar erros ou falhas.

É Monitorizar a realização das tarefas, dando à criança pistas para as terminar, segundo Lourenço (2009).

Ainda em relação ao ambiente de aprendizagem estruturado, Arruda (2009), por sua vez acrescenta:

- Colocar em cima da mesa apenas o material necessário;
- Utilizar uma agenda para ajudar o aluno a organizar-se (anotar os trabalhos de casa, recados, etc.);
- Confirmar que o aluno escutou e entendeu as explicações e instruções;
- Escrever no quadro apenas as informações necessárias;
- Após uma pergunta o professor deve dar tempo extra para a reflexão;
- Fracionar a oferta de informação;
- Dividir as fichas de trabalho longas em segmentos curtos.

b) Regras e Consequências na sala de aula

Lourenço (2009), menciona que o professor deve:

É Organizar o contexto de aprendizagem em torno de regras e rotinas.

É Pensar sempre em regras de comportamento positivo - evitar o *“não fazer...”* e encontrar comportamentos alternativos que sejam incompatíveis com aqueles que deseja ver diminuídos.

É Estabelecer as regras numa linguagem simples e clara. Se as crianças não sabem ler, então utilize desenhos ou ilustrações adequadas.

É O número de regras deve ser adequado ao nível das crianças (5 ou 6 ó 1º ciclo; 2 ou 3 pré-escolar).

É Colocar as regras num local visível e implicar as crianças na sua ilustração e/ou escrita.

No que diz respeito às regras e consequências na sala de aula Arruda (2009), propõe os seguintes procedimentos:

- Organizar grupos de trabalho com o máximo de três elementos;
- Designar este aluno como o ajudante do professor, ex.: distribuir o leite escolar, apagar o quadro, distribuir livros e caixas de material, arrumar cadernos, etc.

c) Apresentação das tarefas

Lourenço (2009) considera que, quanto à apresentação das tarefas, a forma mais adequada é:

É Utilizar a instrução verbal em combinação efetiva com suporte visual. Usar a memória visual para ajudar a codificação da memória verbal com o uso de imagens, PowerPoint, filmes, vídeos, documentários, etc;

É Não dar instruções muito compridas e com informação pouco pertinente; ser claro nos seus pedidos.

É Contato visual direto com a criança (olhe-a sempre nos olhos) ó estabelecer sempre o contato ocular com o aluno é a melhor forma de obter a sua atenção;

É A instrução deve ter em conta a experiência anterior da criança sobre o assunto ou tarefa e o professor deve certificar-se de que a criança compreendeu o seu pedido.

É Utilizar meios dinâmicos e estimulantes para apresentar as tarefas às crianças, como experimentar uma brincadeira, uma teatralização, contar uma história, apresentar objectos mistério ou relevantes, entre outros.

Em relação, à apresentação de tarefas, Arruda (2009), por sua vez acrescenta:

- Em caso de dificuldades a nível da memória visual, deve utilizar-se os recursos verbais. Por exemplo, incentivando o aluno a gravar as aulas para as recordar em casa;
- Alguns alunos com PHDA só conseguem consolidar as informações com o recurso a repetição. Identificando este aluno, o docente deve repetir a informação para ele sempre que tiver oportunidade. Outros alunos têm dificuldade para recuperar uma informação apreendida e armazenada na sua memória a longo prazo. Nesta situação, forneça pistas ao aluno para que ele se esforce a encontrar a resposta. Por exemplo, diga a primeira letra ou a categoria da resposta ou lhe dê as possíveis alternativas.

d) Modificações na sala de aula

A nível da composição da sala de aula, Lourenço (2009), considera vantajoso a redução do número de alunos por turma, bem como:

É A Implementação um sistema de aprendizagem em pares (tutorial), emparelhando a criança com PHDA, com outra, que seja calma e pouco influenciável e que seja um par disponível e com competências para ajudar de forma positiva.

É Organizar as secretárias em pequenos grupos, em círculo ou por áreas de tarefa, para que o professor possa visualizar melhor todos os alunos e permitir uma melhor comunicação professor-aluno e aluno-aluno.

É Sentar a criança com PHDA num local de fácil acesso, no qual ela possa movimentar-se sem criar situações imediatamente disruptivas. Não a sentar em locais com demasiados estímulos de distração, nem em locais por onde os colegas passem com frequência.

É Organizar os materiais de forma a estarem acessíveis, mas também de forma a não constituírem fonte de distração (guardados em armários, caixas, etc.)

É A decoração da sala deve ter em conta que muita informação acessível pode ser fonte de distração para a criança com PHDA. Utilize materiais que sejam indispensáveis e apelativos mas que possam ser enquadrados no contexto de aprendizagem.

Du Paul & Stoner (2007), referem orientações a nível da estrutura da sala de aula:

- Colocar o aluno numa secretária próxima do professor;

- Apoio sistemático do professor ao aluno.

e) Providenciar algumas alterações ao nível da avaliação

Lourenço (2009), menciona que na adequação dos procedimentos de avaliação, o aluno beneficia na realização de testes fichas:

- Permitir instrumentos de avaliação alternativos (apresentação oral, avaliação oral, trabalho individual, trabalho escrito, etcí);
- Na realização de testes necessita de mais tempo e de um ambiente calmo e longe de fatores detratores.
- Ler o texto e as questões da ficha/teste ao aluno;
- As perguntas de um teste também deverão ter algumas adaptações como: não existirem perguntas encadeadas, cuja resposta depende de uma anterior; não existirem perguntas com muita informação contextual; nas perguntas de escolha múltipla ter muito cuidado com a forma como são dadas as alternativas (não existirem alternativas com pequenas nuances). Quando existem perguntas de escolha múltipla, o professor deve acautelar que a impulsividade pode provocar erros de resposta;
- Durante a realização de testes tente perceber se a criança está a ler as perguntas até ao fim e de forma correta;
- Evitar testes fotocopiados frente e verso e se assim for, chame a atenção da criança para o fato;
- Utilizar cópias a preto e branco, salientar informação pertinente nas perguntas;
- Utilizar os testes como guia de estudo.

No que diz respeito, à adequação dos procedimentos de avaliação, Arruda (2008), acrescenta:

- Informar previamente as datas de avaliação;
- Dar ajuda adicional na preparação para a ficha/teste;
- Dar testes/fichas com letras em tamanho grande (tamanho 16);
- Realizar fichas/testes com menos conteúdo;
- Na correção da expressão escrita, dar prioridade ao conteúdo. Corrigir a forma oportunamente. Avaliar mais a qualidade do que a quantidade do trabalho;
- Dosear os trabalhos de casa de forma a não acentuar as dificuldades de gestão comportamental em casa.

f) Adaptar materiais de apoio ao estudo

Lourenço (2009), refere a necessidade de adaptação de materiais de apoio ao estudo, pelo que declara:

- Os materiais de apoio ao estudo devem conter informação sintetizada e organizada de forma precisa e clara, com linguagem adequada à faixa etária do aluno e/ou linguagem simples tendo em conta as suas competências linguísticas, para facilitar o estudo da criança com PHDA.

Estas crianças têm muita dificuldade em organizar as suas leituras e em retirar informação pertinente de textos.

- Nas fichas utilizadas no dia-a-dia deve colocar-se apenas a informação nuclear e organizar a informação de forma apelativa (utilizar ilustrações, salientar informação importante, utilizar guias de estudo, resumos, mapas).

Relativamente, à adaptação de materiais de apoio ao estudo, Arruda (2008), refere que o professor deve:

- Ajudar o aluno a tirar apontamentos no decorrer da leitura e interpretação dos textos estudados na aula;
- Ensinar o aluno a fazer resumos;
- Retirar das fichas de trabalho decorações excessivas.

A introdução das estratégias, acabadas de enumerar na prática de lecionação dos professores parece, por um lado, prevenir comportamentos inadaptados e, por outro remediar os já existentes. A sua aplicação exige conhecimento, aceitação e prática por parte dos professores que, não os possuindo, necessitarão de formação contínua.

g) Utilizar Técnicas para Aumentar os Comportamentos Apropriados

Lourenço (2009), refere estratégias de modificação comportamental na sala de aula como uma forma mais eficaz de aumentar a frequência de comportamentos desejados:

É A forma mais eficaz de aumentar a frequência de comportamentos desejados é utilizar o reforço positivo sempre que a criança cumpre uma tarefa ou regra ou apresenta um comportamento adequado à situação.

É Deve-se utilizar reforços positivos que estejam de acordo com cada criança e com o seu nível de desenvolvimento. O reforço positivo varia de criança para criança. É necessário pesquisar os reforços efetivos para cada caso.

É A realização de contratos comportamentais é uma excelente forma de encorajar a existência de comportamentos adequados.

Professor e criança desenvolvem um contrato em torno do comportamento desejado e das consequências resultantes.

É Utilizar Sistemas de Economia de Fichas, isto é um sistema em que a criança *ganha pontos* que podem ser acumulados e *trocados* por reforços positivos ao fim de um período de tempo determinado. A implementação destes sistemas requer um planeamento adequado ao grupo/turma e a cada caso mas na globalidade poderá seguir algumas orientações.

A escola deve obedecer a rotinas e proporcionar conforto, estabilidade e segurança à criança. Assim sendo, deve intervir o mais precocemente possível de forma a minorar os efeitos negativos e estabelecer estratégias que permitam ajustar o comportamento das crianças aos objectivos, tentando promover o equilíbrio emocional e melhorar o desempenho académico.

PARTE II: TRABALHO DE CAMPO

1. Justificação do estudo

O nosso estudo teve como ponto de partida um estudo sobre um aluno com PHDA em contexto de comorbidade.

O Rodrigo (nome fictício) nasceu no dia 16-3-1996 tendo atualmente 16 anos. Podemos referir que a gravidez foi normal (apesar da ansiedade vivida pela mãe) e o parto eutócico aconteceu às 39 semanas de gestação. Devido a problemas nos rins (rins assimétricos) observados logo ao 3º dia de vida, o Rodrigo foi acompanhado no Hospital Dona Estefânia, na consulta de Nefrologia. Foi amamentado durante os primeiros meses de vida.

O aluno revela uma alteração estrutural do cromossoma 10 - Consulta de genética no HPC (ver anexo 1), que é responsável por uma perturbação de défice de atenção com Hiperatividade bastante acentuada e para além desta perturbação exhibe ainda, comportamentos desafiadores revelando dificuldades de integração. É acompanhado nas consultas de Desenvolvimento e Psicologia no Hospital de Tomar e nas consultas de Pedopsiquiatria no Hospital de Santarém.

Manifesta grandes alterações de comportamento que se evidenciam quer no meio escolar quer no seio familiar. É um aluno muito instável e irrequieto, com dificuldade em permanecer no mesmo lugar durante um determinado período de tempo e mostra-se por vezes agressivo com os pares e com os adultos que o rodeiam. Necessita constantemente da presença e apoio do adulto para corrigir no imediato posturas incorretas, maus modos e procedimentos inadequados.

O Rodrigo faz parte de um agregado familiar composto por pai, mãe e dois irmãos.

Assim e depois de num primeiro momento percebermos as perspetivas e expetativas dos pais e do aluno e tendo como referência uma criteriosa análise documental bem como um registo do comportamento adaptativo atual do aluno. Pretendemos verificar quais as características e necessidades do aluno no sentido de maximizar as suas potencialidades e desenvolver as suas áreas menos fortes, de forma a levar a uma inclusão e integração plenas na comunidade envolvente.

2. Definição dos objetivos

- Observar e registar as competências de autonomia, sociais e vocacionais do aluno.
- Tentar perceber as expetativas e perspetivas do aluno e dos seus pais no sentido de podermos intervir preparando o seu futuro com a máxima autonomia e inserção social e profissional possível.

3. Metodologia utilizada

3.1. Estudo de caso único

Para Goode e Hatt (1979), o estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando do objeto estudado o seu carácter unitário. Considera a unidade como um todo, incluindo o seu desenvolvimento (pessoa, família, conjunto de relações ou processos).

Assim, podemos entender o estudo de caso como uma metodologia de investigação particularmente apropriada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos fatores. Yin (1994), afirma que este método é adequado quando pretendemos definir os tópicos de investigação de forma abrangente,

quando queremos considerar a influência do contexto de ocorrência do fenómeno em estudo e quando queremos socorreremo-nos de múltiplas fontes de evidências.

Este autor define *o estudo de caso* com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. Afirma ainda que o estudo de caso é um processo de investigação empírica com o qual se pretende estudar um fenómeno contemporâneo no contexto real em que este ocorre, sendo particularmente adequado ao seu uso quando as fronteiras entre o fenómeno em estudo e o contexto em que ele ocorre não são claramente evidentes. Acrescenta que, pelo facto de muitas vezes ser difícil isolar o fenómeno em estudo do contexto em que ocorre, é normalmente necessário usar múltiplas fontes de evidência (dados) e cruzar (triangular) os diferentes dados recolhidos.

A finalidade da pesquisa é sempre holística (sistémica, ampla, integrada) ou seja, visa preservar e compreender o *o caso* no seu todo e na sua unicidade, razão porque vários autores (Yin, 1994; Punch, 1998; Gomez, Flores & Jimenez, 1996), preferem a expressão estratégia à de metodologia de investigação: *o estudo de caso não é uma metodologia específica mas uma forma de organizar dados preservando o carácter único do objeto social em estudo* (Goode & Hatt, 1952, citado por Punch, 1998).

4. Caracterização da Instituição

O Centro de Recuperação Infantil de Fátima (CRIF) é uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, com

estatutos próprios aprovados e reconhecidos no Cartório Nacional de Ourém a 12 de Outubro de 1976 e publicados no Diário da República nº 280 de 30 de Novembro.

O CRIF nasceu da vontade de um grupo de pais com filhos deficientes e de pessoas (técnicos e não técnicos) sensíveis à problemática de deficiência, darem resposta às necessidades que estes apresentavam.

Com as crescentes dificuldades das escolas regulares em abarcar tantas crianças com problemas de aprendizagem, o Centro foi crescendo extensamente, e com ele as próprias crianças e houve necessidade de começar a criar outras estruturas. Foi assim que foi criada a apareceu a Pré-Profissional (hoje extinta), e posteriormente a Formação Profissional e o C.A.O. Os alunos que tinham potencialidades foram inseridos no mercado de trabalho, outros conseguiram, após passar algum tempo no centro e voltar a ingressar no ensino regular e os que tinham capacidades mais reduzidas foram integrados no C.A.O. ou na Formação Profissional.

5. Técnicas de recolha de dados

5.1. Anamnese

Anamnese (do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória) é uma entrevista realizada por técnicos cujo objetivo é fazer uma avaliação e um diagnóstico. Pretende-se com esta entrevista obter um historial completo da criança. Durante a anamnese, é fundamental ter em conta os aspetos não-verbais (linguagem corporal) e aspetos verbais (atendendo à forma como a informação vai sendo transmitida).

Segundo Estrela (1994), a ficha de recolha de dados, refere-se a uma ficha de registo sistematizado de *õdados mortosö*. Estes dados serão,

portanto, de ordem estrutural e não de ordem dinâmica, recolhidos pelo investigador ou professor, através da consulta de processos em arquivo ou através de uma conversa informal com os pais. Esta ficha pretende ter uma utilização alargada em educação, ou seja, é considerada o primeiro instrumento de trabalho para recolher informação sobre vários aspetos da vida da criança bem como da família.

Objetivo: O preenchimento de uma ficha de anamnese tem como principal objetivo recolhermos dados relevantes, relativamente ao seu desenvolvimento Pré, Peri e Pós Natal bem como o historial de vida da criança, que poderão ser pertinentes para uma melhor compreensão da problemática que esta apresenta.

Procedimento: Começamos por contactar a família informando-os em linhas gerais sobre o trabalho a ser realizado com a criança, explicando-lhes a razão do pedido de preenchimento desta ficha de dados e assegurando a confidencialidade da mesma. Utilizamos também o Boletim de Saúde Infantil do *õRodrigoõ* que nos foi facultado pela mãe.

5.2.Escala de Comportamento Adaptativo ó ECA

A Escala de Comportamento Adaptativo (E.C.A.), é a uma revisão das escalas de comportamento adaptativo da AAMR de 1975 e 1981. Ao longo do tempo a ECA sofreu algumas modificações resultantes da análise intensiva e coerente com diferentes grupos em diferentes níveis de comportamento adaptativo (Lambert, N. & Leland, 1993)

Presentemente a ECA apresenta-se dividida em duas partes: na primeira podemos encontrar aspetos que se relacionam com a Independência Pessoal e onde podemos avaliar as competências consideradas indispensáveis para autonomia e a responsabilidade do dia-a-dia a saber: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade

Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Vocacional e Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização. Na segunda parte da Escala avaliam-se os Comportamentos Sociais relativos à manifestação de Problemas de Personalidade e Comportamentais: Comportamento Social, Conformismo, Honestidade, Estereotípias e Hiperatividade, Comportamento Sexual, Comportamento Auto-Agressivo, Contacto Social, Comportamento Interpessoal Patológico e Medicação (Morato, 2008).

O objetivo principal da utilização da E.C.A. consiste em recolher informações objetivas e importantes sobre o que se quer estudar e permite compreender a capacidade dos indivíduos de interagirem com o seu meio envolvente, através da análise de diversas condutas, situações e atividades diárias.

Salvia e Ysseldyke (1991), referem que nesta avaliação interessamo-nos por aquilo que o indivíduo regularmente faz e não pelo que é capaz de fazer, onde a adaptação ao contexto ecológico é preponderante na avaliação do grau de eficiência das *realizações* comportamentais perante as exigências relacionadas aos padrões esperados para o seu escalão etário e para o seu grupo sociocultural.

Objetivo: Identificar as áreas fortes e menos fortes do aluno no que respeita à sua Autonomia, Linguagem, Atividades Domésticas e Autoconfiança.

Procedimento: Para realizar esta avaliação utilizámos a observação direta do aluno nos vários contextos do seu dia. Tivemos também o cuidado de antes da aplicação final desta escala, fazermos um treino prévio, sobretudo na avaliação de alguns itens que nos poderiam induzir em erro numa única abordagem.

5.3. Questionário de perspectivas e expectativas dos pais/encarregados de educação

Segundo Lopes, R e Marqueza, R. (s/d), o aluno com NEEs é tão especial quanto qualquer outro jovem, sendo a sua família a principal responsável pelas suas ações. É ela que lhe oferece a primeira formação. Na integração/inclusão escolar, o aluno, com a orientação dos profissionais e da família, poderá adquirir competências pessoais e profissionais.

Costa, A. M. B. *et al.* (2000), referem que a individualização e a diferenciação curricular podem ser entendidas como um conjunto de serviços que decorrem a partir da interação entre pais e profissionais. Inicialmente a intervenção dos pais era extremamente passiva, limitando-se à receção de informações transmitidas pelos profissionais de educação. Esta situação tem vindo a alterar-se e neste momento os pais são considerados parceiros fundamentais nas tomadas de decisão sobre a educação dos seus filhos.

Segundo os mesmos autores é extremamente importante ter em consideração as expectativas, necessidades e aspirações das famílias, criar oportunidades para que possam exprimir as suas opiniões, ter em consideração o que consideram mais importante para os seus filhos, respeitar as suas opiniões e envolvê-las nos processos de decisão.

Objetivo: Na escolha deste método de recolha de dados, tivemos como principal objetivo auscultar e perceber as perspectivas e expectativas dos pais/encarregados de educação no que diz respeito à vida escolar, às ocupações /tarefas em casa, às atividades nos tempos livres, à relação existente com a comunidade em que está inserido, às preocupações com a

vida futura e outros problemas relacionados com transportes escolares e cuidados de saúde.

Procedimento: Começamos por contactar a família informando-os em linhas gerais sobre o trabalho a ser realizado com o seu filho (estudo de caso), explicando-lhes a razão do pedido de preenchimento do questionário e assegurando a confidencialidade do mesmo.

5.4. Questionário de perspetivas e expetativas do aluno

Brown, L. *et al.* (1984), refere que aquilo que é útil para determinado aluno em contexto familiar e social, que apresenta determinadas dificuldades e potencialidades e em relação ao qual a família (e, por vezes, ele próprio) detêm determinadas expetativas presentes e futuras, pode não ser útil para outro aluno cuja situação seja diversa. É útil que um jovem residente no meio rural possa ajudar a cuidar dos animais mas essa competência será irrelevante para outro jovem cuja vida se desenrole (e se prevê continue a desenrolar-se) no meio urbano.

Costa, A. M. B. *et al.* (2000), enfatizam que a necessidade na idade adulta refere-se à exigência e frequência com que uma determinada aprendizagem irá ser utilizada na vida pós escolar. O objetivo primordial da educação é prepara o indivíduo para a vida adulta. Se a aprendizagem exigida a um aluno for algo que seja necessário desempenhar quando adulto, essa aprendizagem é mais aceitável que outra que se preveja não vir a ser desempenhada no futuro.

A preferência do aluno refere-se ao permitir que este intervenha na escolha das aprendizagens que ele irá fazer. Possivelmente este não poderá determinar todas as aprendizagens a considerar num programa, até porque, muitas vezes não tem noção ou capacidade de expressão

suficiente para o fazer. Contudo, deve aceitar-se que seja permitido ao aluno, na medida do possível, intervir na seleção das atividades e aprendizagens a desenvolver.

Objetivo: Na escolha deste método de recolha de dados, tivemos como principal objetivo auscultar e perceber as perspetivas e expetativas do aluno no que diz respeito à situação da sua vida atual na escola, em casa, às atividades nos tempos livres e em relação à sua situação futura no trabalho e na sua vida pessoal.

Procedimento: Falamos com o aluno motivando-o para o preenchimento do questionário, dizendo-lhe que precisávamos desse contributo para um trabalho muito importante e assegurando-lhe a confidencialidade do mesmo.

5.5. Análise documental ó Informação Clínica

Os sintomas que aparecem num só ambiente, devem ter uma investigação mais cuidada, para ver se não são de origem psicológica. Para se evitar complicações, quer no diagnóstico, quer depois do tratamento, é preciso que uma criança que se suspeite de PHDA seja avaliada por profissionais bem treinados, entre os quais, pediatra do desenvolvimento, psicólogo especializado no trabalho com crianças, psiquiatra ou um neurologista pediátricos (Nielsen 1997).

O exame médico, realizado por um pediatra ou por outro profissional médico, é indispensável, pois constitui uma parte muito importante do processo de avaliação da criança.

Segundo Barkley (1998), o exame médico tem três grandes objetivos:

1. O estabelecimento do diagnóstico diferencial. Neste plano e sempre com a ajuda de outros profissionais, o médico deverá

ponderar a existência ou não de diagnósticos que possam provocar a sintomatologia da PHDA (por exemplo alguma lesão cerebral);

2. A avaliação da comorbidade e a medicação em conformidade;
3. A avaliação da saúde geral para determinação das condições de medicação.

Boavida (1998), refere que a avaliação médica deve incluir a história pessoal e familiar, fatores de risco (pré, peri e pós natais), exame físico, avaliação do neuro - desenvolvimento, da visão e da audição.

Segundo Rocha, L. (2009), o relatório psicológico que descreve e sintetiza a avaliação psicológica é de enorme importância porque dá a conhecer em traços gerais (ou de forma detalhada) a vida psicológica e as dinâmicas internas de uma determinada pessoa. Refere ainda este autor que o relatório psicológico é um documento revelador da intimidade psicológica e por isso estritamente confidencial e só deverá ser lido por pessoas devidamente habilitadas e com permissão prévia da pessoa avaliada. O relatório psicológico que descreve e sintetiza a avaliação psicológica será redigido pelo psicólogo responsável pela avaliação para um destinatário específico.

Objetivo: É muito importante reunir toda a documentação clínica com o intuito de uma avaliação global através de múltiplos processos e instrumentos que possam direcionar-se para o estabelecimento do diagnóstico. É fundamental para a avaliação do percurso de intervenção, para a avaliação das situações de comorbidade e ainda para avaliar as áreas fortes e fracas do aluno em termos psicológicos e considerar como é que o perfil do indivíduo poderá influenciar a intervenção.

Procedimento: Reunimos todos os relatórios clínicos que

constam no processo do aluno e depois de os analisarmos cruzamos os dados que deles podemos obter.

6. Apresentação e análise de resultados

6.1. Apresentação e análise de resultados da Anamnese

Após contato com os pais obtivemos os seguintes dados constantes da anamnese.

Quadro III - Dados Obtidos na Anamnese do aluno ãRodrigoö

1. Identificação	<ul style="list-style-type: none"> o 16 anos o nacionalidade portuguesa
2. Filiação	<ul style="list-style-type: none"> o estrutura familiar: mãe, pai e dois irmãos
3. Antecedentes Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> o parto eutócito o alimentado com leite materno durante os primeiros meses o rins assimétricos
4. Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> o revela alterações ao nível do cromossoma 10 o perturbação de hiperatividade e défice de atenção o preferência manual e pedal: direito o sociabilidade: aluno muito instável, irrequieto e por vezes violento o disciplina preferida: Educação Física
5. Enquadramento Familiar e Social	<ul style="list-style-type: none"> o vai frequentemente a casa dos avós paternos o a casa onde vive dispõe das infraestruturas básicas

6.2. Apresentação e análise de resultados da Escala de Comportamento Adaptativo ó ECA.

Quadro IV - Apresentação e análise de resultados da Escala de Comportamento Adaptativo ó ECA.

Domínio	Sub-Domínio	Avaliação		
		Sim	Às vezes	Não
Autonomia	Alimentação			
	Usa a faca para cortar e separar alimentos		×	
	Alimenta-se sozinho, com colher ou garfo sujando-se pouco	×		
	Bebe sozinho por um copo, sem precisar de ajuda, mas molhando-se um pouco		×	
	Mastiga a comida com a boca aberta		×	
	Usa o guardanapo			×
	Deita a comida para fora do prato		×	
	Come muito depressa ou muito devagar	×		
	Controlo dos Esfínteres e utilização da casa de banho			
	Possui um completo controlo dos esfínteres	×		
	Sabe usar a casa de banho	×		
	Higiene			
	Lava as mãos e cara com sabonete e água sem se molhar		×	
	Com sugestões, lava-se e seca-se razoavelmente bem	×		
Necessita de ser lembrado para manter a pele limpa	×			
Necessita de ser lembrado para manter as unhas limpas	×			
Escova os dentes apropriadamente		×		
Apresentação				
Necessita de ser lembrado para vestir-se com roupas limpas	×			
Veste roupa de acordo com as condições climáticas		×		
Deslocações				
Consegue deambular pelo quarteirão da escola ou do local onde vive sem se perder	×			
Linguagem	Linguagem social			
	Usa palavras como öpor favorö e öobrigadoö		×	
	Conversa sobre desporto, família ou atividades de grupo	×		
	Sabe argumentar		×	
	Responde sempre que conversam com ele		×	
	Conversa sensatamente		×	
Repete uma história desde que seja pequena e fácil	×			
Ati	Atividades Pré-Vocacionais/Vocacionais			
	Poderá ter uma ocupação simples	×		

	É estável e produtivo no trabalho			×
	É correto e arrumado			×
	Não termina tarefas sem supervisão ou encorajamento	×		
	Iniciativa			
	Inicia sozinho a maioria das atividades, tais como tarefas, jogos		×	
	Precisa de encorajamento constante para terminar uma tarefa	×		
	Não demonstra interesse pelas coisas e atividades		×	
	É lento e vagaroso		×	
	Perseverança			
	Consegue prestar atenção às atividades por cerca de quinze minutos		×	
	Rapidamente fica desencorajado	×		
	Falha no cumprimento das tarefas		×	
	Passa de uma atividade para outra	×		
	Socialização			
	Oferece assistência aos outros	×		
	Se solicitado está pronto a ajudar	×		
	Mostra consideração pelos sentimentos dos outros		×	
	Tem informações sobre os outros como por exemplo, o local de trabalho, o endereço	×		
	Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo	×		
	Inicia as atividades de grupo (liderando e organizando)			×
	Participa nas atividades de grupo encorajado (participante passivo)		×	
	Não tolera ser contrariado	×		
	Interrompe o professor ou monitor quando estes estão a dar atenção a outro	×		
	Mostra-se familiar com estranhos	×		
	Comportamento Social			
	Usa gesticulação ameaçadora	×		
	Empurra, arranha ou belisca os outros		×	
	Dá pontapés ou bate nos outros		×	
	Bate os pés, grita e berra		×	
	Mexerica com os outros	×		
	Conta histórias exageradas, mentirosas, sobre os outros	×		
	Tenta dizer aos outros o que fazer	×		
	Manda os outros fazerem barulho	×		
	Manipula os outros para os colocar em situações embaraçosas	×		
	Usa uma linguagem hostil, por exemplo: õseu porco nojentoõ, õsua vacaõ		×	
	Grita e berra ameaçando violência		×	
	Acusa os outros dos próprios erros	×		
	Tem um acesso de fúria quando não faz o que quer	×		

Auto Confiança

Auto Confiança	Interfere nas atividades dos outros como, por exemplo, puzzles, cartas		×	
	Conformismo			
	Tem atitudes negativas face a regras, mas geralmente conforma-se		×	
	Não presta atenção às explicações	×		
	Recusa-se a trabalhar numa tarefa dada		×	
	Antes de executar uma tarefa hesita por um longo período		×	
	É hostil às autoridades		×	
	Deixa os locais de atividade sem permissão		×	
	Interrompe discussões de grupo falando de assuntos nada relacionados com o tema da conversa		×	
	Interfere com as atividades de grupo, fazendo barulhos ou não parando quieto	×		
	Não fica sentado durante as aulas, refeições ou durante qualquer outra atividade de grupo		×	
	Honestidade			
	Distorce a verdade em proveito próprio	×		
	Mente sobre situações	×		
	Estereotipias e Hiperatividade			
	Bate os pés constantemente	×		
	Mexe as mãos constantemente	×		
	Anda para a frente e para trás	×		
	Abraça ou aperta os outros		×	
	Toca os outros em momentos inapropriados	×		
	Dá gargalhadas estridentes	×		
	Fala alto ou grita com os outros		×	
	Ri inapropriadamente	×		
	Bate com as unhas na mesa fazendo barulho	×		
	Fala excessivamente		×	
	Não consegue ficar sentado, quieto, por um curto período de tempo	×		
	Movimenta-se constantemente	×		
	Comportamento Interpessoal Patológico			
	Não reconhece as próprias limitações	×		
	Sobre si mesmo, tem uma opinião muito acima da realidade	×		
	Recusa-se a falar quando é corrigido	×		
	Afasta-se ou ameaça quando criticado	×		
Quer muita atenção	×			
Medicação				
Usa medicamentos anti psicóticos	×			

Ao analisarmos os resultados da Avaliação da Escala do Comportamento Adaptativo constatamos que no que, diz respeito à área

de Autonomia, o Rodrigo não apresenta muitas limitações, muito embora não manifeste um comportamento adequado à mesa: nem sempre utiliza a faca, mastiga com a boca aberta, tem de ser lembrado para utilizar o guardanapo, não tem noção de que entorna comida na mesa e que se suja.

No que diz respeito à utilização da casa de banho, o aluno é autónomo, embora no que concerne à lavagem da cara e das mãos nem sempre o faça corretamente, necessitando de apoio verbal para o banho, a higiene da pele e unhas assim como para a lavagem dos dentes. O aluno também precisa de ser lembrado para vestir roupas limpas e adequadas às condições climáticas.

Quanto ao sentido de orientação, o aluno conhece os espaços que lhe são familiares quer em casa quer na escola.

No campo da linguagem social, por vezes utiliza palavras como por *õfavorõ* e *õobrigadoõ* e consegue manter conversas sobre o que se passa na sua família, na sua terra ou no grupo da escola onde está inserido. Revela, por vezes dificuldades em argumentar e nem sempre responde sensatamente quando o questionam.

No entanto, consegue repetir uma história desde que seja pequena e fácil.

No que diz respeito às tarefas a desempenhar, estas terão de ser simples pois o seu desempenho não se revela estável, produtivo, correto e arrumado tendo dificuldade em terminar um trabalho sem supervisão ou encorajamento.

Quanto à autoconfiança, nos parâmetros da iniciativa e passividade, revela-se lento na realização das tarefas e com pouca iniciativa própria, necessitando de ser constantemente encorajado pois desinteressa-se facilmente.

No que se refere à perseverança, o aluno desencoraja-se rapidamente, falhando no cumprimento das tarefas. Passa de uma atividade para a outra, cansando-se depressa da sua realização e não aguentando mais do que quinze minutos em cada uma.

Quanto à socialização, é um aluno que quando solicitado está pronto a ajudar oferecendo assistência aos outros e por vezes mostrando consideração pelos seus sentimentos.

Tem alguma consciência do meio social envolvente possuindo informações sobre os outros e interagindo com estes em jogos e atividades de grupo embora não revele iniciativa de liderança e organização. Não tolera ser contrariado e interrompe o professor em situações inadequadas. No entanto, mostra-se familiar com estranhos.

No que toca ao seu comportamento o aluno revela, por vezes atitudes ameaçadoras e agressivas.

Por vezes o seu temperamento fica alterado, recorrendo frequentemente à mentira e à manipulação dos outros para os colocar em situações embaraçosas e utilizando uma linguagem hostil.

Não aceita facilmente as regras que lhe são impostas e mostra-se, por vezes, hostil às autoridades. Deixa muitas vezes os locais de atividade sem permissão, interrompe discussões de grupo, falando de outros assuntos, fazendo barulho ou não parando quieto.

Recorre facilmente à mentira em proveito próprio e apresenta alguns comportamentos e hábitos vocais estereotipados com claras manifestações de hiperatividade.

Não conhece as suas limitações tendo uma opinião de si mesmo muito acima da realidade e exigindo muita atenção.

6.3. Apresentação e análise de resultados do questionário de perspectivas e expectativas dos pais/encarregados de educação.

Quadro V- Apresentação e análise de resultados do questionário de perspectivas e expectativas dos pais/encarregados de educação. (anexo 2)

Categories	Sub-categorias	Indicadores
Conhecimento da vida escolar do filho	Aprendizagem escolar	<p>õO meu filho na escola está a prender de tudo um poucoõ</p> <p>õAcho que ele gosta da escolaõ</p>
Expectativa em relação ao futuro escolar do filho	Treino de Competências	<p>õGostava que ele na escola se empenhasse mais e se agarrasse mais aos livrosõ</p> <p>õAcho que a escola o está a preparar para a vida adultaõ</p>
Interesses do aluno nos tempos livres em casa	Ocupações	<p>õVer bonecosõ</p> <p>õVer televisãoõ</p>
	Tarefas	<p>õFazer tarefas na fazendaõ</p> <p>õGostava que fosse mais arrumadoõ</p>
	Apoios	<p>õTem de se estar sempre ao pé deleõ</p> <p>õA avó e o pai têm de lhe dar ajudaõ</p>
	Atividades Livres	<p>õJogar à bolaõ</p> <p>õAndar de bicicletaõ</p>
Expectativas dos pais quanto à ocupação dos tempos livres	Atividades	<p>õGostava que ele fizesse de tudo um poucoõ</p> <p>õGostava que ele fosse mais autónomoõ</p>
	Apoios	<p>õA escola, o pai e a mãe podem prestar-lhe ajudaõ</p> <p>õÉ necessário muita paciência e empenhoõ</p>
Relação do filho com os serviços e recursos da comunidade	Contactos	õNenhumõ
	Tarefas	õQue estudasse e que se agarrasse aos livrosõ
Expectativas dos pais quanto as tarefas fora de casa	Apoios	õEle precisa de ajuda para as tarefasõ
Expectativas dos pais no futuro pós-escolar	Preocupações	õQuem tomará conta dele porque vai sempre precisarõ

	Os próximos 5,10 anos	õQue ficasse mais homemö
	Nos tempos livres	õAprendesse a tocar viola ou bateriaö
	Na situação doméstica	õGosto que viva comigo em casaö
	Na vida profissional	õGostava que viesse a ser jardineiroö õAcho que não poderá vir a ter um trabalho por causa do comportamentoö
Que ajudas pensam os pais que poderá ter quando sair da escola	Por parte da escola	í Não sei quais possam ser
	Por parte dos serviços	í Não vejo quais
	Por parte da família	í Claro que os pais serão sempre essenciais
Problemas diversos: -Com os transportes -Com os cuidados de saúde	Dificuldades /Apoios	õNão encontra dificuldades no transporte para a escolaö
	Precisa de cuidados médicos	õAcho que tem as ajudas essenciaisö
	Que resposta encontra para as necessidades	õÉ acompanhado mensalmente pela equipa de pediatria e pela de pedopsiquiatriaö
	Preocupações com o futuro	õProcurar o bem-estar do filho e poder dar resposta às necessidades do mesmoö
	No futuro como deseja ver os problemas resolvidos	õQue a situação do filho piore ou se mantenha estávelö õMuito dificilmente vou ver esses problemas resolvidos pois penso que ele nunca passa daliö

Ao analisarmos os resultados do questionário de perspetivas e expectativas dos pais/encarregados de educação do aluno em estudo, podemos verificar que estes reconhecem a dificuldade de acompanhar o seu filho, conhecem as suas limitações e manifestam a sua preocupação com o futuro pós-escolar.

No que diz respeito à escola eles são de opinião que o seu filho gosta da escola, que nela aprende de tudo um pouco e que esta o prepara

para a vida adulta. No entanto, gostariam que ele estudasse mais e que fosse mais empenhado.

No item referente à casa, nomeadamente no que toca às ocupações/tarefas, o aluno ocupa-se a ver televisão (bonecos) bem como realizar tarefas na fazenda. Para a realização destas necessita da presença constante do pai ou da avó. Os pais referem ainda que gostariam que ele fosse mais arrumado.

No que se refere ao item tempos livres, os pais salientam que o filho gosta de jogar à bola e andar de bicicleta. Quanto à vontade manifestada pelos pais, estes referiram que gostavam que o filho fosse mais autónomo e que fizesse de tudo um pouco. Enfatizaram, no entanto, que o filho precisará sempre de ajuda, muita paciência e empenho para a realização das atividades livres e que esta ajuda poderá ser prestada pela escola, pelo pai e pela mãe.

No que concerne à comunidade onde esta família está inserida nota-se, claramente, a pouca envolvência do aluno nela, referindo os pais que o seu filho não tem contacto nenhum com os serviços/recursos da terra. Dizem ainda que nas tarefas a realizar fora de casa o filho necessita de ajuda, repetindo que gostariam que o seu filho estudasse mais e que se agarrasse aos livros.

Quanto ao futuro do seu filho, os pais salientam a sua preocupação sobre quem tomará conta dele porque referem que ele irá sempre precisar. Gostariam que nos próximos anos ele ficasse mais homem e que no futuro ficasse a viver com eles em casa em vez de numa Instituição e que se ocupasse a apreender a tocar viola ou bateria. Manifestam as suas dúvidas sobre se no futuro o seu filho poderá ter uma atividade profissional por causa dos seus problemas de comportamento mas gostariam que ele viesse a ser jardineiro.

Em relação às ajudas que o aluno poderá ter quando sair da escola, por parte desta e de outros serviços, os pais sentem que no futuro haverá muito poucas respostas para o seu filho e que o seu papel de pais será sempre essencial.

Manifestam que não sentem qualquer problema em relação aos transportes escolares e no que toca aos cuidados de saúde referem que o filho precisa de acompanhamento frequente do pedopsiquiatra e do pediatra no sentido de procurar o bem-estar dele e de dar respostas às necessidades do mesmo.

Quando questionados sobre os cuidados de saúde no futuro, os pais preocupam-se se a situação clínica do filho possa vir a piorar ou mesmo se mantenha estável.

Para terminar os pais referem que no futuro muito dificilmente vão ver os problemas resolvidos pois pensam que a situação do seu filho não irá melhorar.

6.4. Apresentação e análise de resultados do questionário de perspectivas e expetativas do aluno.

Quadro VI- Apresentação e análise de resultados do questionário de perspetivas e expectativas do aluno. (anexo 3)

Categorias	Sub-categorias	Indicadores
Na Escola	O que mais gosta de fazer	...fazer educação física í fazer recados
	O que aprende na escola de útil para a vida	í Tudo o que aprendo na escola é útil: ler, escrever, contar, fazer contas e até trabalhar na horta e fazer limpezas
Fora da escola	Em casa	í gosto de jogar ao berlinde, correr e andar de bicicleta
	Fora de casa	í Dentro de casa gosto de lavar a loiça í Gosto muito de trabalhar com o meu pai a regar as plantas
Atividades Importantes	Grupo/Clube	í As atividades que eu mais gosto é piscina e ed. física. í O grupo que eu faço parte é ao Clube de futebol do CRIF
Com quem e onde gostas de estar	Férias	í Nas férias gosto de fazer arrumações e ir ao Agroal.
	Escola	í Gosto de estar com os meus amigos, colegas e professores
	Fora da Escola	í Gosto de estar com a minha avó.
O que queres fazer no futuro	Quando sair da escola	í Gostava de ser bombeiro ou polícia
	Que trabalho gostarias de ter	í Apagar incêndios, prender ladrões e tratar dos doentes
Precisa de ajuda para o futuro	Para ter uma profissão	í Sim porque a ajuda é precisa.
	Que tipo de ajuda	í Haver alguém que me estivesse sempre a dizer para me portar bem
	O que gostarias de aprender na escola para te ajudar	í A fazer as contas de vezes e a tornar-me um homem com juízo
	Onde gostarias de viver	í Em Fátima
	Com quem gostarias de viver	í Com a minha namorada porque casar e ter filhos é complicado

Ao analisarmos os resultados do questionário de perspetivas e expectativas do aluno em estudo, podemos verificar que este, ao contrário dos seus pais, não reconhece as suas limitações referindo, no entanto, a necessidade de melhorar o seu comportamento. Começa por dizer que tudo o que aprende na escola é útil para a sua vida como por exemplo: ler, escrever, contar, fazer contas e até trabalhar na horta e fazer limpezas. As suas atividades preferidas são as aulas de educação física e fazer recados.

Refere que fora da escola gosta de jogar ao berlinde, correr e andar de bicicleta. Também gosta de trabalhar com o pai a regar as plantas e de lavar a loiça. No que diz respeito às atividades diz-nos que o que mais gosta é de piscina e de educação física, pertencendo ao Clube de Futebol do CRIF. Na escola gosta de estar com os amigos, colegas e professores e fora da escola gosta de estar com a avó. Durante as férias gosta de fazer arrumações em casa e ir ao Agroal.

No que concerne à sua situação futura, quando sair da escola gostava de vir a ser bombeiro ou polícia e apagar incêndios, prender ladrões e tratar dos doentes. Pensa que vai precisar de ajuda para ter uma profissão e de alguém que lhe esteja sempre a dizer para se portar bem. Na escola gostaria de aprender a fazer as contas de vezes e a tornar-se um homem com juízo.

Quando for adulto gostaria de viver em Fátima com a namorada porque casar e ter filhos é complicado.

6.5. Apresentação e análise dos dados documentais de Informação Clínica

O Rodrigo é acompanhado mensalmente nas consultas de desenvolvimento e psicologia no Hospital de Tomar e na consulta de pedopsiquiatria no Hospital de Santarém.

Ao analisarmos os resultados da análise documental da Informação Clínica do aluno em estudo podemos constatar que, no que diz respeito ao diagnóstico, quer os relatórios da Pediatria quer os da Psicologia nos referem uma situação de Deficiência Intelectual Ligeira e Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade ó PHDA. O relatório da Pedopsiquiatria refere Défice Cognitivo e também Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade.

O relatório da Genética diagnostica alteração estrutural do cromossoma 10. No que se refere ao comportamento quer o Pediatra quer o Psicológico dão-nos conta de uma grande instabilidade neste domínio. É um aluno muito instável e irrequieto, com dificuldade em permanecer no lugar durante um tempo prolongado e mostra-se muito conflituoso e agressivo com os colegas e às vezes mesmo com os adultos.

Durante o seu percurso tem vindo a revelar muitas dificuldades de integração e tem sido reincidente mesmo mudando de estabelecimento escolar. Com a sua conduta o aluno perturba completamente os colegas e o normal funcionamento das aulas.

No que se refere à opinião fundamentada do Pedopsiquiatra ele diz-nos que para além das alterações do comportamento o aluno revela também pouca contenção nos impulsos e intolerância à frustração.

Quadro VII- Apresentação e análise dos dados documentais de Informação Clínica (anexo 4)

Categories	Pediatria	Psicologia	Pedopsiquiatria	Genética
Diagnóstico	-Deficiência Intelectual ligeira	-Deficiência Intelectual ligeira	- Défice Cognitivo	- Alteração estrutural do cromossoma 10
	-Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade	-Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade	- Défice de Atenção com Hiperatividade	
	-Dificuldade em permanecer no lugar durante um tempo prolongado	Dificuldade em permanecer no lugar durante um tempo prolongado	- Alteração do comportamento	
	-Instável	-Instável	- Pouca contenção nos impulsos	
	-Irrequieto	-Irrequieto	-Intolerância à frustração	
Comportamento	- Conflituoso	- Conflituoso		
	-Agressivo	-Agressivo		
	-Dificuldades na integração escolar	-Dificuldades na integração escolar		

7. Discussão dos resultados

Na discussão de resultados vamos procurar fazer uma triangulação dos mesmos com base nos instrumentos utilizados. Assim, o nosso objetivo é recolher e analisar as respostas obtidas pelos diferentes instrumentos, para as estudar e comparar entre si.

(Denzin, 1983 *cit.* por Albert B. Sousa, 2009) define a triangulação como *“a combinação de metodologias diferentes no estudo de um mesmo fenómeno”*. Já (Kemmis, 1983, *cit.* por Albert B. Sousa,

2009) concebe-a como um cruzamento entre diferentes fontes de dados: pessoas, instrumentos, documentos ou a combinação de todos eles.

Um dos principais objetivos a estudar diz respeito às áreas da autonomia e neste sentido, o instrumento por excelência para nos dar respostas é a ECA. Nela podemos inferir que embora o aluno seja autónomo necessita constantemente de acompanhamento e apoio verbal por parte do adulto (comportamento desadequado à mesa, higiene pessoal deficitária, escolha do vestuário nem sempre adequadaí). Assim ao retermos as respostas do questionário feito aos encarregados de educação, eles referem: *õ í Gostava que ele fosse mais autónomoí Que ficasse mais homemí Ele precisa de ajuda para as tarefasí õ.*

No que diz respeito à realização de tarefas a desempenhar quer no presente quer em relação ao futuro, a ECA, os pais e o próprio aluno, para além do diagnóstico médico são unânimes em considerar que o Rodrigo necessita de supervisão e encorajamento pois tem atitudes negativas face às regras, não presta atenção às explicações e recusa-se a trabalhar numa tarefa dada, deixando os locais de atividade sem permissão (segundo a ECA). Os pais referem a necessidade de se estar sempre ao pé dele e o aluno diz-nos: *õí a ajuda é precisaí õ*, referindo os relatórios médicos a sua patologia de Deficiência Intelectual Ligeira e Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade.

Em relação ao seu comportamento, área em que o aluno revela a maior lacuna as quatro técnicas de recolha de dados escolhidas estão em sintonia pois conseguimos colher e comparar os dados nesta matéria. Assim, a ECA refere: *õNão tolera ser contrariadoí , usa gesticulação ameaçadoraí , empurra, dá pontapés, mexerica com os outrosí , conta histórias mentirosas sobre os outrosí õ*, manipula os outros para os colocar em situações embaraçosas, usa uma linguagem hostil e tem

acessos de fúria quando não faz o que quer. Os pais referem claramente: *“Acho que ele não poderá vir a ter um trabalho por causa do comportamento”*, manifestando a sua preocupação: *“Quem tomará conta dele porque vai sempre precisar”*. Por sua vez o aluno, pese embora o facto de, de uma maneira geral não reconhecer as suas limitações contornando as situações em que está envolvido de uma maneira favorável para si próprio refere que: *“terá de haver alguém que me estivesse sempre a dizer para me portar bem e a tornar-me um homem com juízo”*. Já os relatórios médicos enfatizam a alteração do comportamento, pouca contenção nos impulsos e intolerância à frustração. Referem ainda que apresenta dificuldade em permanecer no lugar durante um tempo prolongado, é instável, irrequieto, conflituoso, agressivo e tem dificuldades na integração escolar.

Atendendo a tudo aquilo que foi referido, a ECA permite-nos relacionar o uso da medicação prescrita pelo pedopsiquiatra com os distúrbios acima referidos pelos documentos médicos. A intervenção terapêutica no âmbito da pedopsiquiatria consiste na administração de psicofármacos, no sentido de atenuar os comportamentos mais disruptivos. No entanto, por vezes não é suficiente para conter alguns impulsos, dada a imprevisibilidade comportamental característica desta situação, salientando assim os encarregados de educação a importância das consultas periódicas na procura do bem-estar do seu filho e para poderem dar resposta às necessidades do mesmo. Assim e depois de num primeiro momento percebermos as expectativas dos pais e do aluno e tendo como referência uma criteriosa análise documental bem como um registo do comportamento adaptativo atual do aluno, iremos dar início ao seu processo de classificação de funcionalidade. Pretendemos verificar quais as características e necessidades do aluno no sentido de maximizar

as suas potencialidades e desenvolver as suas áreas menos fortes, de forma a levar a uma inclusão e integração plenas na comunidade.

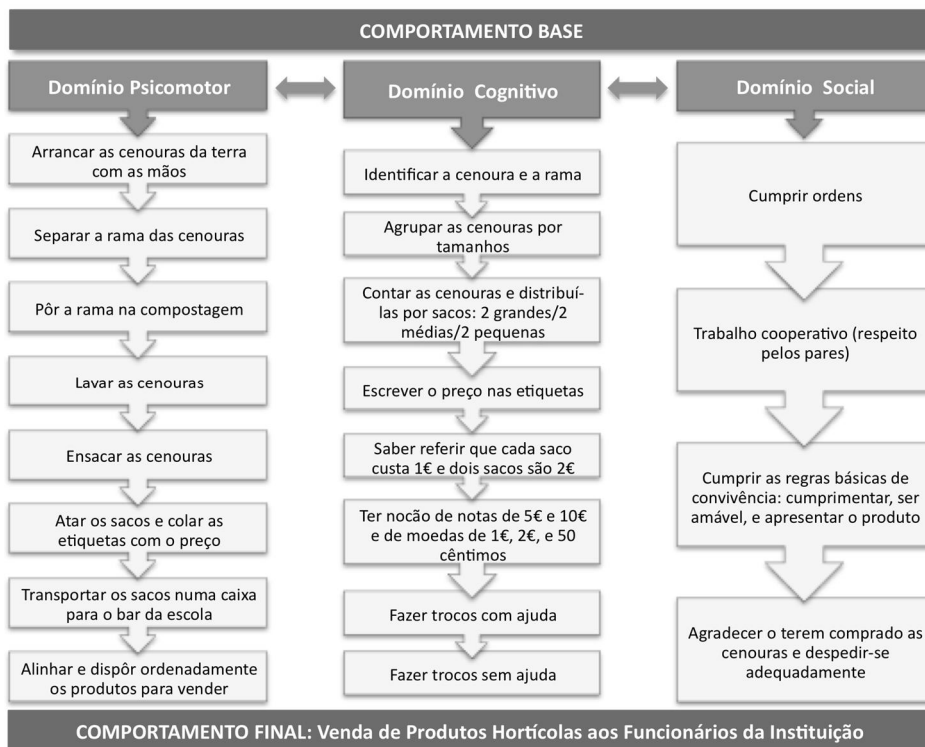
Um dos momentos do processo de classificação de funcionalidade é a elaboração do Plano Individual de Transição (PIT), que deve ter em conta o perfil do aluno, as suas capacidades, expectativas e competências, procurando-se a sua integração social numa futura profissão ou numa atividade ocupacional comunitária, por meio de parcerias com entidades, instituições ou serviços. Este processo deverá ser, numa segunda fase, acompanhado, monitorizado e sujeito a uma avaliação por etapas de aquisição de novas aprendizagens, de competências e de autonomia em contexto socioprofissional, familiar e recreativo.

Assim, depois de concluirmos o PIT do aluno em estudo, selecionamos algumas tarefas, tendo por base trabalhar coordenadamente os domínios psicomotor, cognitivo e social. A partir de um comportamento base e tendo por meta que o aluno possa atingir o comportamento final sem ajuda, apresentamos um fluxograma onde os diversos domínios acima citados se interligam em atividades diversificadas e cujos objetivos são transversais mas nos conduzem ao comportamento final que neste caso é a venda de produtos hortícolas aos funcionários da Instituição.

É muito importante a preparação destas tarefas definindo para cada um dos domínios os conteúdos, os objetivos/metapas, as atividades, as estratégias, os recursos humanos e materiais bem como o cronograma e a avaliação com base na monitorização de todo o processo.

De seguida, apresentamos o Fluxograma do objetivo final.

7.1. Fluxograma de Objetivo Final



Quadro VIII - Cadeia de Tarefas Psicomotoras

Domínio	Conteúdo	Objetivo/ Meta	Atividade	Estratégias	Recursos Humanos/ Materiais/ espaços	Cronograma	Avaliação/ Monitorização do processo
Psicomotor	Contacto e exploração dos diferentes elementos da natureza	Conjugar movimentos:	Jogo: O chefe manda	Estratégia de modelação	Professor	1/4/2012 a 5/4/2012	Registo efetuado no Quadro 10
		- Arrancar cenouras com as mãos	Com as mãos eu posso fazer	Estratégia multi-nível (do simples para o mais complexo)	Alunos Elementos naturais		
		Experienciar esta atividade com elementos naturais	- O chefe manda arrancar as cenouras. (O professor dá indicação e exemplifica todos os passos para cumprir os objetivos)	Aprendizagem ativa Reforço positivo Trabalho cooperativo (a pares)	Ginásio Espaço exterior	16/4/2012 a 18/4/2012 23/4/2012 a 27/4/2012	

Quadro IX - Cadeia de Tarefas Cognitivas

Domínio	Área	Conteúdo	Objetivo/ meta	Atividade	Estratégias	Recursos Humanos/ Materiais/ espaços	Cronogram a	Avaliação/ Monitoriza ção do processo
Cognitivo	Matemática Funcional	Noção de tamanho: Grande/médio/ pequeno	Trabalhar os conjuntos	Realizar com os alunos a elaboração de um jogo sequencial com várias imagens sobre o tema: oPlanto/Colho/ Vendoö	Aprender em contexto real	Professor	23/4/2012 a 24/4/2012	Registo efetuado no Quadro 11
		Noção de quantidade			Estratégia de modelação	Alunos	26/4/2012 a 27/4/2012	
		Noção de número	Conhecer e manipular o dinheiro	Concretizar operações simples que recorram à utilização de dinheiro	Estratégia de acomodação	Material de desgaste: Cartolinas/ canetas/lápis de cor/borracha	2/5/2012 a 5/5/2012	
		Operações simples que envolvam dinheiro			Reforço positivo	Computador/ Internet (pesquisa de imagens)		
					Trabalho cooperativo (a pares)	Calculadores multi-básicos		

Quadro X - Cadeia de Tarefas Sociais

Domínio	Conteúdo	Objetivo/meta	Atividade	Estratégias	Recursos Humanos/Materiais/ espaços	Cronograma	Avaliação/ Monitorização do processo
Social	Adequado comportamento social	Utilizar regras básicas de convivência social:	Elaborar dramatizações variadas tendo por objetivo a utilização das regras básicas de convivência social	Aprendizagem ativa	Professor	3/4/2012 a 5/4/2012	Registo efetuado no Quadro 12
		Cumprimentar Ser amável/ agradecer/ despedir-se		Tempo adicional para a concretização da tarefa	Alunos	9/4/2011 a 16/4/2011	
				Envolvimento do aluno no plano de trabalho		23/4/2012 a 2/5/2012	
				Reforço positivo Estratégia de modelação			
				Trabalho cooperativo (a pares)			

Quadro XI - Monitorização da Cadeia de Tarefas Psicomotoras

	Objetivos	Monitorização		Data
		Em aquisição	Adquirido	
Domínio Psicomotor	Conjugar movimentos	×		14/5/2012
	Arrancar cenouras com as mãos		×	
	Experienciar esta atividade com elementos naturais	×		18/5/2012

Quadro XII - Monitorização da Cadeia de Tarefas Cognitivas

	Objetivos	Monitorização		Data
		Em aquisição	Adquirido	
Domínio Cognitivo	Trabalhar os conjuntos	X		14/5/2012
	Conhecer e manipular o dinheiro	X		18/5/2012

Quadro VIII- Monitorização da Cadeia de Tarefas Sociais

	Objetivos	Monitorização		Data
		Em aquisição	Adquirido	
Domínio Social	Utilizar regras básicas de convivência social:			14/5/2012
	Cumprimentar/ser amável/agradecer/despedir-se	X		18/5/2012

Conclusões

O objetivo primordial deste trabalho consistia em adquirir sustentabilidade de conhecimentos que nos permitissem aprofundar as características do diagnóstico do aluno em estudo, avaliar e intervir eficazmente no que se refere a alunos com PHDA com comorbidades resultantes de uma alteração estrutural do cromossoma 10. A este respeito Selikowitz (2010) refere-nos que o procedimento destes jovens se caracteriza por um comportamento desafiador epositor em relação às figuras de autoridade, principalmente pais e professores. Refere ainda, que uma criança com PHDA pode revelar mais do que um sintoma de comorbidade. Por exemplo, pode manifestar ansiedade e perturbações de conduta para além da PHDA.

Assim, e segundo Bautista (1993) é na escola que a conduta disruptiva da criança e as suas dificuldades de aprendizagem mais se manifestam, daí ser necessária a elaboração e aplicação de um programa de intervenção adequado.

Para Pereira (2005) ãos professores devem aceitar os desafios, estar atentos às mudanças e crescer com elas, inventar novas formas de trabalhar com os seus alunos.

O nosso estudo teve como finalidade verificar quais as características e necessidades do aluno no sentido de maximizar as suas potencialidades e desenvolver as suas áreas menos fortes, de forma a levar a uma inclusão e integração na escola e na sociedade.

Todos nós, um dia, olhamos o mundo através de uma lente prismática. A realidade visível de frente dos nossos olhos, revelou-se em cada um dos movimentos, diferente, consoante a posição em que colocamos esse prisma. Uma figura, anteriormente clara e definida nas

nossas retinas, torna-se disforme, quebrada, difícil de entender. De novo, qualquer desvio à lente distorce a imagem que se vê e, sobretudo, a percepção que dela tínhamos, modificando o impacto que em nós causa.

As conclusões deste estudo são um convite a olhar a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção através de uma lente prismática.

Recomendações

Este estudo parece ter demonstrado que a implementação de estratégias e práticas eficazes podem desenvolver ganhos significativos nos alunos. Há, contudo, necessidade de estas estratégias serem desenvolvidas com rigor, para que se atinja o sucesso educativo.

Os alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção constituem um dos grandes desafios que se colocam à escola e aos professores. Esta perturbação tem consequências na aprendizagem sendo responsável pelo insucesso escolar e profissional de muitos alunos.

Para uma criança hiperativa, a hiperatividade há-de ser sempre uma realidade. É importante apercebermo-nos que é possível lidar com a hiperatividade e que com a ajuda (dos pais, professores ou outros profissionais), estas crianças podem atingir os objetivos e realizar os seus sonhos.

As crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, são normalmente alunos competentes que necessitam de estar inseridos num ambiente de aprendizagem que os apoie e inspire. A ênfase não deve ser posta em rotular a criança, mas sim em ajudar a criança a usar os seus pontos fortes para ultrapassar os seus pontos fracos.

Cabe à escola um papel importante, tanto na identificação e caracterização destas problemáticas, como a definição de processos educativos adaptados às necessidades daí decorrentes. Todos os professores envolvidos na educação das crianças deverão conhecer, de alguma forma, as características de cada uma e compreender as suas dificuldades.

É necessário que os cursos de formação inicial de professores sejam revistos, visto que, existem lacunas nos seus programas. Fernández e Mínguez e Casas (2007), consideram ser de extrema importância a inclusão de formação específica sobre a problemática não só nos cursos de base dos professores, mas também na formação contínua, colmatando assim dois problemas graves: a falta de formação de professores na área e a melhoria do processo de ensino aprendizagem.

Ao concluirmos esta dissertação gostaríamos de apontar algumas sugestões para futuras investigações: a criação de programas de intervenção preventiva para as crianças mais novas, constituídos por saberes conducentes à intervenção através de estratégias e atividades a desenvolver de forma sistemática e intensiva, para colmatar atrasos de desenvolvimento em áreas específicas, e a par, a implementação de programas de formação para educadores e professores, neste domínio, para maior eficácia da diferenciação e do ensino.

Referências Bibliográficas

APA, (1994), *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios psiquiátricos*, (DSM- IV) 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

APA (2002), *DSM-IVR: Manual do Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Climepsi Editores, Lisboa

Antunes, N. L. (2009), *Mal-entendidos*, Lisboa

Arruda, M. (2008). *Levados da breca: um guia sobre crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção e hiperactividade*. Ribeirão Preto: Blanche Ricci Tabajara.

Azevedo, W. (2002), *õEducação on-line: as flores (e os espinhos) do caminhoõ*, Palestra ministrada na õIII Semana de Educação à Distânciaõ, Fortaleza ó UNIFOR, Universidade de Fortaleza ó UNIFOR.

Ballenato, G. (2009). *Educar Sem Gritar ó Pais e Filhos: Convivência ou Sobrevivência*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Barkley, R. A. (1981), *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*, in Mash, E.J. & Terdal, L. G. (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Press, Barkley, R. A. (1998).

Barkley, R. (1998), *Attention Deficit and Hiperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment* ó Second Edition. The Guilford Press, New York.

Barkley, R. (1991), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook*, New York: The Guilford Press.

Barkley, R. (1998), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, The Guilford Press: Nova Iorque.

Barkley, R. (2002), *Internacional consensus statement on ADHA*, *Clinical and Family Psychology Review*, nº 5.

- Barkley, R. (2006), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*, (2nd Ed) New Guilford Press.
- Bautista, R. (1993), *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro.
- Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998), *A criança hiperativa*, Coimbra, Centro de desenvolvimento da criança do HPC.
- Brown, L. *et al* (1984), *A life space analysis strategy for students with severe handicaps*, in L.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002), *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*, Lisboa, Editorial Presença.
- Campbell, S. B., Breaux, A.M., Ewing, L. J. & Szumowski, E. K. (1986), *Correlates and predictors of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers*, Journal of Abnormal Child Psychology.
- Chaves, E. (1999), *Hiperatividade e Dificuldades de Aprendizagem. Análise e Técnicas de Recuperação*, Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Coelho, M. Murta, S. (2007), *Treinamento de Pais em grupo: Um relato de Experiências*, Estudos de Psicologia, Campinas.
- Cordinhã, A. C. & Boavida, J. (2008), *A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, Nº 5, vol. 24.
- Correia, L. M. (1999), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*, Porto, Porto Editora.
- Cortesão, L. (2000), *Ser Professor: Um Ofício em Risco de Extinção?*, Porto, Edições Afrontamento.

Costa, A. M. B. *et al.* (1996), *Currículos Funcionais, Instrumentos para o Desenvolvimento e Aplicação*, Lisboa, Instituto de Inovação Educacional, Vol. II.

Costa, A. M. B. *et al.* (2000), *Currículos Funcionais, Manual para Formação de Docentes*, Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.

Cró, M. L. (2009), *Adaptações Curriculares para Alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE), Formação no Ensino Superior*, Vol. 17, nº 1, Educação Especial e processos Inclusivos, in *Reflexão e Ação*, (140-163), UNISC, ISSN 1982-9949.

Cró, M. L. *et al.* (2009), *Currículo e Formação*, Cró, M. L. (org/coord), Col. Práticas- Conhecimento ó Pensamento, Ed. IPC/*Inovar para Crescer*, ISBN 978-989-95440-6-2.

DeHass, P. A. & Young, R. D. (1984), *Attention styles of hyperactive and normal girls*, in *Journal of Abnormal child Psychology*.

DeHass, P. A. (1986), *Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls*, *Journal of Abnormal child Psychology*.

DuPaul, J., & Stoner, G. (2007), *TDAH nas Escolas: Estratégias de avaliação e intervenção*, S. Paulo, M. Books.

Feinstein A. R. (1970), *The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease*, J. Chron, London.

Fernández,S.; Mínguez, R.&Casas, M. (2007). *Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno déficit de atención com Hiperactividad*. Universidad de Barcelona, Consellería de cultura, Eucación y Deporte . Universidad Valencia. *Psiothema*, 19.

Garcia, I. (2001), *Hiperatividade*, McGraw-Hill.

Gomez, G. R.; Flores, J.; Jimènez, E. (1996), *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*, Málaga: Ediciones Aljibe.

Goode, W. J. e Hatt, P. K. (1979), *Métodos em pesquisa social*, Companhia Editora Nacional, 5ª Edição, S. Paulo..

Hoy, E., Weiss, G., Minde, K. & Cohen, N. (1978), *The hyperactive child at adolescence: Cognitive, emotional and social functioning*, Journal of Abnormal Child Psychology.

Lambert, N. & Leland, H. (1993), *Avaliação do Comportamento Adaptativo ó ECA*. Austin, Texas, USA.

Lopes, João (1998), *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e da adolescência*, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

Lopes, J. (2003), *A hiperatividade*, 1ª edição, Quarteto Editora.

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

Lourenço, A. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º Ciclo*. Dissertação apresentada ao Departamento de Educação Especial da Universidade Técnica de Lisboa para obtenção do grau de mestre orientada por Ana Rodrigues. Lisboa.

Melo, A. (1994), *Expressão Motora de Criança Instável*, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Morato, P. & Santos, S. (2008), *Comportamento Adaptativo*, Porto, Porto Editora.

Nielsen, L. (1997), *Necessidades educativas especiais na sala de aula: Um guião para professores*, Porto, Porto Editora.

Pereira D. (2005). *Uma intervenção com as tic numa criança com hiperactividade*. Monografia de Especialização de Educação Especial apresentada na Universidade Lusíada . Porto.

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

Punch, K. (1998), *Introduction to Social Research: Quantitative e Qualitative Approaches*, London, Sage Publications.

Rebelo, J. A., (1986), *Para uma delimitação da noção da criança hiperativa*, Revista Portuguesa de Pedagogia.

Rebelo, J. (1997), *Como ajudar alunos com hiperatividade nas escolas*, Psycologica, 19.

Ross, D. M., Ross, S.A., (1982), *Hyperactivity. Current Issues, Research and Thory*, John Wiley and Sons. Nova Iorque.

Salvia, J., & Ysseldyke, J. (1991), *Avaliação em Educação Especial e Corretiva*, São Paulo, Manole.

Selikowitz, M. (2010), *Défice de Atenção e Hiperatividade*, Alfragide, Texto Editores.

Sousa A. B. (2009), *Investigação em Educação*, Lisboa, Livros Horizonte.

Ramalho, V. , (2002). *Lá em casa mandam eles?* Braga: Psiquilíbrios.

Rocha, L. (2009), *A Importância do Relatório Psicológico*, in <http://drLuisrochapsicologoclinico.blogspot>.

Rodrigues, D. (2001), *ó A educação e a diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva*, Porto, Editora Porto.

Rodrigues, A. (2005), *A Hiperatividade e Défice de Atenção ó Compreender e intervir na escola e na família*, Cadin, Recuperado em 30 de Janeiro de 2012, de <http://wwwscribd.com/doc/11787791/HiperatividadeCADIN>

Ross, D. M., Ross, S. A. (1976), *Hyperactivity: Research, theory and action*, New York, Wiley.

Salgueiro, E. G. (1983), *O nascimento da instabilidade*, in Pedro, G. (Ed.), *Atas do Simpósio Internacional ãNascer e Depois*, Lisboa, Milupa Portuguesa, Lda.

Sauvé, C. (2006), *Domesticar a hiperactividade e o défice de atenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sciutto, M. J., Terjesen M. D. & Frank, A. S. B. (2000), *Teachers Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, *Psychology in the Schools*, Vol.37 (2).

Silva, A. (2005). *Mentes Inquietas: compreender o distúrbio do défice de atenção*, (1ª ed.), Lisboa: Editora Pergaminho.

Sosin, David & Myra (1996), *Compreender a Desordem por défice de Atenção e Hiperatividade*, Porto Editora.

Yin, Robert (1994), *Case Study Research: Design and Methods*, 2ª Edição, Thousand Oaks, Ca, Sage Publications.

Vasquez, I. (1997), *Hiperatividade: Avaliação e Tratamento*, in Rafael Bautista, *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro.

Vieira, H. (2000), *A comunicação na sala de aula*. Lisboa: Editorial Presença.

Weiss, G., Hechtmann L., Perlmann, T. (1978), *Hyperactives as young adults: Scholl, employer and self-ratig scales obtained during ten-year follow-up Evaluation*, *American Journal Orthopsychiatry*, 48.

Zentall, S (1993), *Research on the educational implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, *Exceptional Children*, 60

.

ANEXOS

Anexo 1

C. H. C.
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CELAS
COIMBRA

25/01/20010

Informação

O meu filho tem um alteração estrutural do cromossomo 10 já descrita na literatura a que é responsável por todo o quadro clínico.

Não há terapêuticas a efectuar por esta causa. As medidas a adoptar são as que já estão a cargo.

Dejuro por os Pais relativos a este quadro o estudo genético e a

completar

de que os dias.

José Ramos
(Dr. Genética Médica)

Anexo 2

PERSPETIVAS E EXPETATIVAS DOS ALUNOS

1. Identificação

Aluno:	Ano lectivo:
Pai/Mãe/E.E:	Escola:

2. Situação atual

O que gostas mais de fazer na escola?	
O que aprendes na escola que é útil para a tua vida?	
O que gostas mais de fazer fora da escola:	
- em casa	
- fora de casa	
Que atividades são importantes para ti?	
Pertences a algum clube/grupo?	
Como gostas de passar nas férias?	
Com quem gostas de estar na escola?	
Com quem gostas de estar fora da escola?	

3. Situação futura

O que queres fazer quando saíres da escola?	
Que trabalho gostarias de ter?	
Achas que precisas de alguma ajuda para teres uma profissão?	
Se sim, que tipo de ajuda?	
O que gostarias de aprender na escola para te ajudar no futuro?	
Onde gostarias de viver quando fores adulto?	
Com quem gostarias de viver quando fores adulto?	

O Professor/Técnico: _____ Data: ___ / ___ /__

Anexo 3

**PERSPETIVAS E EXPETATIVAS
DOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**

1. Identificação

Aluno:	Ano lectivo:
Pai/Mãe/E.E:	Escola:

2. A escola

1. O que é que o seu filho está a aprender na escola?	
2. Acha que ele gosta da escola?	
3. O que é que gostava que ele aprendesse na escola?	
4. Acha que a escola o está a preparar para a vida adulta?	

3. A casa

1. Quais as ocupações/tarefas do seu filho em casa, nos dias da semana?	
2. Quais as ocupações do seu filho, em casa, nos dias em que não vai à escola (férias, fins de semana)?	
3. Qual a ajuda de que ele precisa para realizar essas tarefas?	
4. Quem lhe pode dar/dá essa ajuda?	
5. Quais as tarefas que gostaria que o seu filho realizasse em casa?	

6.O que julga necessário para que isso se realize?	
----------------------------------------------------	--

4. Tempos livres

1.O seu filho tem atividades livres preferidas? Se tem, quais são?	
2. Que atividades gostaria que o seu filho fizesse no tempo livre?	
3. Que atividades recreativas acha que ele poderá realizar nos próximos anos?	
4. Com quem gostaria que o seu filho partilhasse o seu tempo livre?	
5. O seu filho precisará de ajuda para realizar estas atividades? Se precisar, quem ou que serviço ou organização pode prestar essa ajuda?	
6. O que julga necessário para que isso se realize?	

5. A comunidade

1. Que contacto tem o seu filho com os serviços/recursos da terra onde vive?	
2. Que tarefas gostaria que ele realizasse fora de casa?	
3. Ele precisa de ajuda para realizar essas tarefas?	

6. Vida adulta

1. O que é que o preocupa mais sobre a vida do seu filho quando sair da escola?	
2. O que quer para o seu filho nos próximos 5, 10 anos:	
- nos tempos livres/recreação (que atividades gostaria que realizasse e em que locais?)	

- na situação doméstica (onde gostaria que ele vivesse: em sua casa, num lar, em casa própria, numa instituição?)	
- na vida na comunidade (que atividades gostaria que ele realizasse? Que ajudas seriam necessárias?)	
- na vida profissional (julga que ele poderá vir a ter um trabalho? Gostaria que ele trabalhasse? Se sim, em que tipo de trabalho e aonde? Precisar de ajudas? Quais?)	

7. Que ajudas pensa que poderá ter quando sair da escola?

Por parte da escola?	
Por parte de outros serviços?	
Por parte da família?	

8. Problemas diversos

<u>1. TRANSPORTES</u>	
Encontra dificuldades nos transportes para a escola? Se sim, quais?	
Que ajudas nos transportes gostaria de ter?	
<u>2. EQUIPAMENTOS/AJUDAS TÉCNICAS</u>	
O seu filho precisa agora de equipamentos especiais e/ou ajudas técnicas? Se sim, quais?	
Tem esses equipamentos/ajudas técnicas? Se sim, como as obteve (sem ajuda, com ajuda e de quem?)	
<u>3. CUIDADOS DE SAÚDE</u>	
O seu filho precisa de cuidados de saúde frequentes ou periódicos? Se sim, quais?	
Que resposta encontra para essas necessidades?	
Que preocupações tem em relação aos cuidados de saúde, no futuro?	
Como desejaria ver resolvidos esses problemas no futuro?	

O Professor: _____ Data: __/__/__



HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA GRAÇA – TOMAR

Serviço de Pediatria

RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO

Nome:**Data de nascimento:** 16-03-96**Idade:** 10 anos e 10 meses**Escolaridade:** Frequenta o 4º ano na E. B.1 de _____ com medidas educativas especiais.

O _____ é acompanhado (mensalmente) nas consultas de desenvolvimento e psicologia deste hospital. Também é actualmente seguido na consulta de Pedopsiquiatria em Santarém.

Apresenta uma Perturbação de Défice de atenção com Hiperactividade bastante acentuada. Encontra-se medicado (Risperdal e Rubifen).

Além desta perturbação apresenta alterações de comportamento que se evidenciam bastante no meio escolar. É um menino muito instável e irrequieto, com dificuldade em permanecer no lugar durante um tempo prolongado e mostra-se muito conflituoso e agressivo com os colegas e às vezes mesmo com o professor. Durante o seu percurso escolar tem vindo a revelar muitas dificuldades na integração escolar, e apesar de até já ter mudado de estabelecimento escolar, as dificuldades permanecem. Com a sua conduta o _____ perturba completamente os colegas e o normal funcionamento das aulas.

Em relação à aprendizagem, o _____ adquiriu o mecanismo de leitura e escrita, sabe fazer operações matemáticas simples, mas a sua progressão está a mostrar-se bastante limitada devido ao seu elevado défice de atenção, à sua conduta altamente perturbadora e especialmente devido à falta de acompanhamento educativo/pedagógico adaptado e individualizado que esta criança necessita diariamente.



No meio familiar, a situação também não tem sido fácil. Os pais sempre mostraram dificuldade em lidar com a sua conduta, recorrendo por vezes a atitudes educacionais bastante agressivas. Actualmente já lidam com ele com menor agressividade física (foram acompanhados pela Comissão de Protecção de Menores de Ourém).

No entanto, a mãe mostra-se bastante ansiosa devido às queixas constantes que recebe da escola e muito preocupada com o percurso escolar futuro do menino. Refere mesmo que “não o deixa ir para a Escola do 2º ciclo”, pois estaria sempre receosa pelo que poderia acontecer... (sair ou fugir da escola, agredir colegas ou professores...).

Tendo em conta toda esta situação problemática salientam-se as seguintes orientações:

- Dado tratar-se de um aluno com necessidades educativas especiais, deverá usufruir de medidas educativas adequadas à sua situação pessoal (decreto-lei 319/91), nomeadamente **Apoio pedagógico diário individualizado e Ensino Especial com um currículo alternativo.**

- **Ser orientado para um Centro de Reabilitação Infantil** logo que possível, onde possa ser acompanhado adequadamente, tendo em conta as suas particularidades e o desenvolvimento das suas potencialidades. Note-se que a sua integração/inserção na escolas do regime regular tem-se mostrado bastante complicada e sem quaisquer benefícios para a criança, para o ambiente escolar ou para a família. A própria mãe rejeita colocar o filho a frequentar a escola do 2º ciclo.

Tomar, 6 de Fevereiro de 2007

A Pediatra

A Psicóloga

Anexo 5

Autorização para intervenção educativa

Adelaide Gameiro
Professora de Educação Especial

Centro de Recuperação e Integração de Fátima
Exmo(a)Sr(a) Encarregado(a) de Educação

Assunto: Autorização para uma intervenção educativa na área da hiperatividade junto do seu educando.

Exmo(a) Sr(a):.

No âmbito do Mestrado em Educação Especial da Escola Superior de Educação de Coimbra, venho por este meio solicitar a V^a Exa. a autorização para a efetuação de uma intervenção educativa junto do seu educando_____.Com este estudo, pretendo **avaliar o impacto de um modelo de intervenção pedagógica para a hiperatividade** através de um **estudo de caso**.

Será sempre respeitada a confidencialidade dos dados acerca do seu educando. Os dados recolhidos e a sua análise, serão manuseados de forma sigilosa.

Desde já muito obrigada pela cooperação e atenção dispensada.

Dezembro de 2011

Melhores Cumprimentos

Autorizo

O Encarregado de Educação
