



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo e Motor

As perceções dos professores do Ensino Básico
face à criança e jovem com hiperatividade e défice
de atenção

Octávio Fernando Oliveira Mota Pinto

Lisboa

2013



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo e Motor

As perceções dos professores do Ensino Básico
face à criança e jovem com hiperatividade e défice
de atenção

Octávio Fernando Oliveira Mota Pinto

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio
Cognitivo e Motor
sob a orientação do
Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Lisboa

2013

Resumo

O presente estudo pretende explorar e comparar as percepções de um grupo de professores do Ensino Básico de um agrupamento de escolas em particular, face à criança com PHDA. Apresenta um carácter sobretudo exploratório (descritivo) com uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados. O instrumento de pesquisa utilizado para a recolha de dados constou de um questionário por inquérito. De um total de N=190 inquéritos distribuídos, foram recebidos N=77, os quais foram sujeitos a tratamento estatístico.

Os resultados mostram que os participantes demonstram ter um razoável conhecimento sobre a PHDA.

No que diz respeito à comparação entre docentes e relativamente ao facto de terem mais ou menos experiência profissional, nível de ensino lecionado ou possuírem ou não especialização em Educação Especial os dados obtidos sugerem algumas diferenças entre os docentes.

Palavras-chave: PHDA, NEE, Inclusão, Professores, Concepções, Experiência, Formação Contínua, Especialização.

Abstract:

This study aims to explore and compare the perceptions of a group of teachers of basic education of a group of schools in particular, face the child with ADHD. It is predominantly exploratory (descriptive) in nature with a quantitative, qualitative and correlational analysis of the results. The research is based on data collected from questionnaires. Of a total of N=190 questionnaires distributed, N=77 were returned, which were analyzed statistically.

The results shows that the participants have a reasonable aware of ADHD.

Regarding the comparison between teachers and for the fact that they have more or less work experience or whether they own specialization in Special Education or not data obtained suggest differences among teachers.

Keywords: ADHD, SEN, Inclusion, Teachers, Conceptions, Work Experience, Continuous Formation, Specialization

Dedicatória

Aos meus Pais,
pelo incentivo e apoio para avançar com este projeto.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Horácio Saraiva, não só pela orientação neste trabalho, como pela disponibilidade que sempre me concedeu.

A todos os colegas e professores que prescindiram do seu tempo para colaborar neste trabalho.

À Sílvia, por todo o amor e carinho que demonstrou ao longo desta caminhada.

Aos meus alunos, pela paciência que tiveram, quando eu não a tive...

A todos, o meu Muito Obrigado!

Índice

Resumo	IV
Abstract	V
Dedicatória	VI
Agradecimentos	VII
Índice	VIII
Índice de tabelas	XII
Índice de gráficos	XVI
CAPÍTULO 1	
1.1. Introdução	1
CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA	
2.1. A Educação Especial	3
2.1.1 Perspetiva histórica Educação Especial	3
2.1.2. Conceito de Educação Especial	4
2.1.3. Necessidades Educativas Especiais	4
2.2. Inclusão	5
2.2.1. A Escola Inclusiva	5
2.2.2. Perspetiva histórica da Escola Inclusiva	7
2.2.3. Objetivos da Educação Inclusiva	8

2.2.4. Barreiras ao ensino inclusivo	9
2.2.5. Princípios da Inclusão	9
2.2.6. Estratégias para a inclusão das crianças com Necessidades Educativas Especiais	12
2.3. Dificuldades de aprendizagem	14
2.3.1. Conceptualização e definição das dificuldades de aprendizagem	14
2.3.2. Enquadramento das dificuldades de aprendizagem nas Necessidades Educativas Especiais	15
2.3.3. Etiologia das Dificuldades de Aprendizagem	17
2.4. A Perturbação de Hiperatividade e de Défice de Atenção	18
2.4.1. Perspetiva Histórica	18
2.4.2. Definição atual	21
2.4.3. Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção segundo o DSM-IV-TR	23
2.5. Etiologia da PHDA	27
2.5.1. Fatores neurológicos	28
2.5.2. Toxinas ambientais	29
2.5.3. Fatores genéticos	29
2.5.4. Fatores ambientais e psicossociais	29
2.6. Características da PHDA	30
2.6.1 - Défice de Atenção	30
2.6.2 – Hiperatividade	31
2.6.3 – Impulsividade	31
2.6.4 - Características que podem surgirem associadas à PHDA	32
2.7. Problemas de aprendizagem e de linguagem associados	33
2.7.1. Auto monitorização inadequada (ausência de controlo de qualidade)...	34

2.7.2. Dificuldade em manter o esforço	34
2.7.3. Memória	34
2.7.4. Controlo Executivo	35
2.7.5. Dificuldades específicas da aprendizagem	35
2.8. Intervenção	36
2.8.1. Intervenção ao nível Escolar	37
2.8.2. Intervenção ao nível académico	37
2.8.3. Intervenção ao nível comportamental	39
2.8.4. Intervenção ao nível cognitivo-comportamental	40
2.8.5. Estratégias e técnicas práticas passíveis de utilização em contexto de sala de aula	42
2.8.6. Estratégias para manter e focalizar a atenção	44
2.8.7. Estratégias para lidar com dificuldades/conduitas problema frequentes nestas crianças	47
2.8.8. Técnicas comportamentais aplicadas na aula	48
2.8.9. Intervenção farmacológica	49

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1. Definição do problema	53
3.2. Definição das hipóteses	54
3.3. Definição das variáveis	55
3.4. Metodologia de Investigação	55
3.5. Apresentação da amostra	56

CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização geral da amostra	58
4.2. Caracterização da amostra por ciclos de lecionação	60

4.3. Análise dos resultados	66
CAPÍTULO 5	
5.1. Discussão dos resultados	97
CAPÍTULO 6	
6.1. Conclusões	104
CAPÍTULO 7	
7.1. Linhas futuras de investigação	106
7.2. Limitações do estudo	107
CAPÍTULO 8	
8.1. Bibliografia	108
8.2. Legislação consultada	112
CAPÍTULO 9	
9.1. Anexos	113

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição geral dos professores por sexo, idade, tempo de serviço e situação profissional

Tabela 2 – Distribuição por habilitações académicas, formação e integração de alunos PHDA

Tabela 3 – Distribuição geral dos professores do 1º Ciclo do E. Básico por sexo, idade, tempo de serviço, situação profissional, habilitações e formações

Tabela 4 – Distribuição geral dos professores do 2º Ciclo do E. Básico por sexo, idade, tempo de serviço, situação profissional, habilitações e formações

Tabela 5 – Distribuição geral dos professores do 3º Ciclo do E. Básico por sexo, idade, tempo de serviço, situação profissional, habilitações e formações

Tabela 6 – Análise descritiva da frequência de contato em função do nível de ensino lecionado

Tabela 7 – Análise descritiva da frequência de contato em função da experiência profissional

Tabela 8 – Análise descritiva da gravidade da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Tabela 9 – Análise descritiva da gravidade da PHDA em função da experiência profissional

Tabela 10 – Análise descritiva da gravidade da PHDA em função da formação especializada

Tabela 11 – Análise geral descritiva da gravidade atribuída às diferentes características da PHDA

Tabela 12 – Média da gravidade atribuída a cada característica da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Tabela 13 – Média da gravidade atribuída a cada característica da PHDA em função da experiência profissional

Tabela 14 – Média da gravidade atribuída a cada característica da PHDA em função da especialização em Educação Especial

Tabela 15 – Análise da apresentação de sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível de ensino lecionado

Tabela 16 – Análise dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível da experiência profissional

Tabela 17 – Análise dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da formação especializada em Educação Especial

Tabela 18 – Análise da permanência dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível de ensino lecionado

Tabela 19 – Análise da permanência dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível da experiência profissional

Tabela 20 – Análise da permanência dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da formação especializada em Educação Especial

Tabela 21 – Análise do início dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível de ensino lecionado

Tabela 22 – Análise do início dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da experiência profissional

Tabela 23 – Análise do início dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da formação especializada em Educação Especial

Tabela 24 – Análise da prevalência da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Tabela 25 – Análise da prevalência da PHDA em função da experiência profissional

Tabela 26 – Análise da prevalência da PHDA em função da formação especializada em Educação Especial

Tabela 27 – Análise das causas explicativas da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Tabela 28 – Análise das causas explicativas da PHDA em função da experiência profissional

Tabela 29 – Análise das causas da PHDA em função da formação especializada em Educação Especial

Tabela 30 – Análise geral descritiva do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA

Tabela 31 – Média do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA em função do nível de ensino lecionado

Tabela 32 – Média do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA em função da experiência profissional

Tabela 33 – Média do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA em função da formação especializada em Educação Especial

Tabela 34 – Análise geral descritiva do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas

Tabela 35 – Média do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas em função do nível de ensino lecionado

Tabela 36 – Média do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas em função da experiência profissional

Tabela 37 – Média do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas em função da formação especializada em Educação Especial

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Percentagem de contato com alunos PHDA

Gráfico 2 – Classificação do nível de gravidade da PHDA

Gráfico 3 – Apresentação de sintomas para efeitos de diagnóstico

Gráfico 4 – Permanência dos sintomas para efeitos de diagnóstico

Gráfico 5 – Início da apresentação dos sintomas para efeitos de diagnóstico

Gráfico 6 – Prevalência da PHDA

Gráfico 7 – Causas explicativas da ocorrência da PHDA

CAPÍTULO 1

1.1. Introdução

A PHDA é uma das perturbações neuro-comportamentais mais frequentes da infância, que se caracteriza por um desenvolvimento inapropriado dos mecanismos cerebrais que regulam os processos da atenção, da atividade motora voluntária e dos processos de reflexão (Miranda, Jarque e Soriano, 1999).

As crianças com PHDA revelam baixa autoestima, fraca tolerância à frustração, teimosia, instabilidade de humor e tendência para se isolar. São consideradas mal-educadas e imaturas pelos adultos e pelos seus pares. São crianças agitadas e desatentas o que dificulta o sucesso escolar e as relações com os professores e com os colegas.

As crianças com PHDA apresentam dificuldades comportamentais em três áreas de funcionamento básico como a atenção, a impulsividade e o excesso de atividade motora (Barkley, R. 1998).

Segundo Barkley (2006) a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica, e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores, atraso mental ou perturbação emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices de auto-regulação do comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.

Verifica-se que existe falta de reconhecimento por parte dos professores da PHDA na sala de aula. Ainda existe uma enorme falta de consciencialização da classe docente para as realidades da PHDA (Sosin, David & Myra 1996).

A literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al. 2000).

Sugere-se também que os professores têm geralmente pouco conhecimento sobre a natureza, curso, causas e consequências da PHDA, e que tendem a esconder as

próprias percepções sobre intervenções apropriadas para esta população. (Pffner e Barkley (1990) cit Sciutto et al. 2000).

Nos últimos anos, resultado das sucessivas alterações legislativas, da aposta na reciclagem e formação contínua dos professores que se encontram no terreno e da formação especializada em educação especial que muitos professores têm vindo a fazer registaram-se alterações na resposta dada aos alunos com PHDA nas nossas escolas.

Assim com o presente estudo pretende-se aferir e comparar as percepções dos professores do Ensino Básico face à criança com PHDA, comparando os professores quanto à maior ou menor experiência profissional, nível de ensino lecionado (1º, 2º, ou 3º ciclos) e quanto ao facto de possuírem ou não formação especializada em Educação Especial. Os resultados desta investigação serão apresentados e discutidos no final do trabalho.

CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Educação Especial

2.1.1 Perspetiva histórica Educação Especial

Nos finais do século XVIII, os indivíduos marcados pela diferença, eram rejeitados pela sociedade. O infanticídio de crianças que revelavam alguma deficiência era bastante comum.

Posteriormente, durante a idade média, o infanticídio foi condenado pela igreja e relacionado a fatores sobrenaturais. Algumas pessoas eram internadas e irradiadas da sociedade.

Mais tarde, os deficientes começam a ser encarados como pessoas que precisam de assistência e educação. Assim, no início do século XIX inicia-se a fase da educação especial. Contudo, persistia a ideia de que era necessário evitar o contacto, entre os portadores de deficiência e as pessoas ditas normais, como meio de proteção. As primeiras eram assistidas, apesar de continuarem a ser marginalizadas, uma vez que as escolas que lhe eram destinadas se encontravam afastadas das localidades (Jiménez, 1997).

“O desenvolvimento, no século XIX, da escola “universal, laica e obrigatória” é uma iniciativa que, pelo menos ao nível das suas intenções, procurou dar à totalidade da população uma base comum de instrumentos de cultura que permitisse aplanar as grandes diferenças socioculturais dos alunos” (Rodrigues, 2001 p.16).

No século XX, inicia-se a escolaridade obrigatória e é nessa altura que, após a percepção das dificuldades de alguns alunos em seguir o currículo normal, se institucionaliza a educação especial.

No entanto, as crianças eram diferenciadas conforme as suas diferenças, inseridas em classes especiais, separadas do ensino regular.

Aos poucos, a ideia de que os alunos com deficiência deviam ser integrados no ensino regular, começa a revelar-se uma realidade (Jiménez, 1997).

Pouco a pouco, após a integração destes alunos, foi surgindo o conceito de inclusão.

2.1.2. Conceito de Educação Especial

A Educação Especial é um sistema de aprendizagem destinado a alunos com necessidades educativas especiais. Centra-se no desenvolvimento integral de pessoas com grandes dificuldades de aprendizagem, devido a limitações ou deficiências de diversas origens, ou com grandes potencialidades.

A Educação Especial tem em consideração as particularidades de cada um, de modo a preparar o indivíduo para a cidadania. Esta distingue-se por um conjunto de serviços e recursos no apoio a alunos com NEE.

A intervenção dos professores do ensino regular muitas vezes não é suficiente no apoio a estes alunos. Como tal, a Educação Especial representa um reforço ao desenvolvimento de capacidades, como resposta aos obstáculos existentes no percurso de aprendizagem.

“Nesta perspectiva, a educação especial deve ser entendida como um sistema de apoios providenciados no sentido de responder às necessidades individuais dos alunos” (Stainback e Stainback, 1992; Correia, 1997 cit. in Correia 2010 p.74).

2.1.3. Necessidades Educativas Especiais

Considera-se a pessoa com Necessidades Educativas Especiais aquela que revela limitações, no desenvolvimento das suas capacidades ou algum talento incomum.

A DGIDC encara “... os alunos com Necessidades Educativas especiais de carácter prolongado aqueles que experienciam graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto escolar, familiar e comunitários decorrentes da interacção entre factores ambientais (físicos, sociais e atitudinais) e limitações de grau acentuado ao nível do seu funcionamento num ou mais dos seguintes domínios: sensorial (visão e audição); motor; cognitivo; comunicação; linguagem e fala; emocional e personalidade” (Ministério da Educação – DGIDC p.13).

Assim, os alunos com NEE são aqueles que demonstram problemas de aprendizagem durante o seu percurso escolar. Devido às limitações refletidas na sua aprendizagem, necessitam de orientação específica e o reforço de outros recursos

educativos não utilizados no ensino regular. O percurso escolar destes alunos é sujeito a adaptações curriculares (Marchasi e Martin, 1990).

Como refere Correia, “... os alunos com NEE são aqueles que, por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de serviços de educação especial durante o seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socio emocional” (Correia, 2010 p.18).

As NEE podem ser de carácter permanente ou temporário. As primeiras podem resultar de fatores biológicos ou congénitos e necessitam de serviços de reabilitação; as segundas podem ser de carácter social, comportamental, problemas de aprendizagem, ou problemas de saúde menos graves que os que caracterizam as NEE permanentes. Estas últimas são contempladas pela educação especial com adequações no processo de matrícula, apoio pedagógico individualizado, adaptações curriculares, plano educativo individual e o apoio de meios tecnológicos.

2.2. Inclusão

2.2.1. A Escola Inclusiva

Numa sociedade em constante renovação, evolução e retrocesso, um princípio fundamental é o direito à igualdade na diferença. Neste sentido surge o conceito de inclusão e assim de Escola Inclusiva, independentemente de etnias, estratos sociais, religiões, culturas, línguas ou capacidades/incapacidades e limitações.

Pretende-se com esta reflexão afirmar da convicção de que a escola inclusiva existe para todos os alunos, para todas as crianças, quer tenham necessidades educativas ou não.

“As escolas devem ajustar-se a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras. Neste conceito, devem incluir-se crianças com deficiência ou sobredotadas, crianças da rua ou crianças que trabalham, crianças de populações imigradas ou nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais”. (Declaração de Salamanca,1994)

A escola para todos subentende uma mudança de estruturas, de abertura à comunidade e de atitudes, adaptando o tipo de trabalho de alguns professores que

deverão reconhecer que cada criança é diferente das outras, tem as suas próprias necessidades específicas e progride de acordo com as suas capacidades.

A escola tem que fornecer os requisitos básicos essenciais ao desenvolvimento holístico e harmonioso da criança, independentemente das suas capacidades ou falta delas. As escolas têm por seu dever e por direito dos cidadãos, receber e preparar todas as crianças e adolescentes independentemente das características de cada um, inclusive os alunos que possuem alguma deficiência seja ela qual for. (Nogueira e Andrade, 2007).

Surge assim um novo modelo de escola aberta à diversidade, onde se caminha no sentido de que todos encontrem uma resposta às suas necessidades, por tudo o que traz de mudança e renovação e pelos novos recursos e serviços com que se pode contar. A escola, assim como a sociedade estão em constante renovação, funcional, estrutural, organizativa, tecnológica e legal.

Esta perspetiva evolutiva permite uma melhor inclusão do aluno com necessidades na classe regular, onde poderá beneficiar de todos os serviços educativos adequados às suas características, às suas próprias necessidades.

Numa estratégia de orientação inclusiva, as escolas constituem os meios mais capazes para combater atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, constituindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos.

Segundo Correia (1997), “como educadores, cabe-nos um papel preponderante – o de defender os princípios consignados na Constituição Portuguesa, na lei de Bases do Sistema Educativo e no Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, que, numa palavra proclamam que toda a criança deve ser tratada em pé de igualdade e de imparcialidade em matéria de educação”.

A integração escolar apresenta-se “como um processo que pretende unificar a educação regular e a educação especial, com o objetivo de oferecer um conjunto de serviços a todas as crianças, com base nas suas necessidades de aprendizagem.” Birch (1974).

Por isso temos uma grande responsabilidade, independentemente da severidade e da profundidade da problemática da criança, criar as condições essenciais para que todos recebam uma educação equilibrada, apropriada de acordo com as suas características e necessidades individuais.

Segundo Nogueira e Andrade (2007) a educação acontece em todo e em qualquer lugar, mas na escola ela é propositada, portanto, o olhar do professor tem que ser o olhar das possibilidades. Não só a escola, mas a sociedade como um todo, deve estar aberta e se adaptar para a inclusão social. E não basta ser uma sociedade aberta e acessível a todos os grupos, mas também uma sociedade que encoraja a participação e aprecia a diversidade e as práticas humanas. Quando se fala em inclusão social não se deve limitar à inclusão de alunos com necessidades especiais em escolas, mas deve ser uma reflexão voltada para uma sociedade inclusiva, abrangendo todo e qualquer cidadão, a comunidade por inteiro e o governo em conjunto.

2.2.2. Perspetiva histórica da Escola Inclusiva

A perspetiva educativa inclusiva, enquadra-se num movimento de âmbito mundial que tem sido defendida, nas últimas décadas, em diversos fóruns internacionais e apresentada em documentos das Nações Unidas e da UNESCO (Costa, 2006). Este autor refere de forma particular os seguintes acontecimentos:

Em 1993

As Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência das Nações Unidas. Afirma não só a igualdade de direitos para todas as crianças, jovens e adultos com deficiência à educação mas também determina que a educação deve ser garantida em estruturas educativas e em escolas regulares.

Em 1994

A Declaração de Salamanca e o Enquadramento para a Ação na Área das Necessidades Educativas Especiais. “As escolas devem acolher todas as crianças independentemente das suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras.”

Em 2000

O Fórum Educacional e o Enquadramento da Ação de Dakar. Os objetivos da Escola Para Todos (EPT) e Os Objetivos para o Milénio. “Visando, para o ano de 2015, o acesso de todas as crianças a uma educação básica, obrigatória e gratuita”

Em 2001

A Flagship da Educação para Todos – “O direito à educação para as pessoas com deficiência: o caminho para a inclusão”. Em muitos países, este movimento influenciou uma reformulação profunda na área educativa, visando uma maior capacitação das escolas para atenderem todos os alunos e visando os conceitos e práticas tradicionalmente adotadas pela educação especial. Citamos, a título de exemplo, o documento do Departamento da Educação do Reino Unido de 2001 – Inclusive Schooling –Children with Special Needs (An EFA Flagship).

2.2.3. Objetivos da Educação Inclusiva

Costa (2006) apresenta os seguintes objetivos da Educação Inclusiva:

- ✓ Procurar atingir uma educação que garanta simultaneamente os princípios da “equidade” e da “qualidade.
- ✓ Promover o desenvolvimento de projetos educativos e curriculares baseados na inclusão, na equidade e na convivência democrática, envolvendo os professores, os alunos, as famílias e a comunidade social em que a escola se insere.
- ✓ Desenvolver uma escola para todos em que o sistema de apoios, sejam eles internos ou externos à escola, aumente a sua competência para uma resposta eficaz à diversidade dos alunos.
- ✓ Promover a participação de todos os alunos nas atividades da sala de aula e do âmbito extraescolar, de modo a que se tenha em conta o conhecimento e a experiência por estes adquiridos fora da escola.
- ✓ Potenciar os processos de ensino e de aprendizagem numa perspetiva ativa, através da mobilização de todos os recursos da escola e da comunidade assim como as oportunidades oferecidas pelas tecnologias de informação e de comunicação.

Para Nogueira e Andrade (2007) “Um bom começo para pensar e agir em prol de uma sociedade inclusiva é iniciar pela inclusão social dentro da escola, pois na escola

sempre, de alguma maneira, se vivencia várias diferenças; diferenças culturais, sociais, económicas, e ao mesmo tempo a escola é um lugar de formação e transformação da pessoa, portanto, a escola é o lugar ideal para incluir esses alunos que possuem necessidades especiais, pois eles são pessoas que têm os mesmos direitos que qualquer aluno dito “normal...”

2.2.4. Barreiras ao ensino inclusivo

Almeida (2007) apresenta as seguintes barreiras ao sucesso do ensino inclusivo:

- ✓ Atitudes negativas em relação à deficiência;
- ✓ Invisibilidade na comunidade das crianças com deficiência que não frequentam a escola;
- ✓ Custo;
- ✓ Acesso físico;
- ✓ Dimensão das turmas;
- ✓ Pobreza;
- ✓ Discriminação por género;
- ✓ Dependência (alto nível de dependência de algumas crianças com deficiência dos que as cuidam).

2.2.5. Princípios da Inclusão

A Declaração de Salamanca constitui um dos marcos mais significativos na Educação Especial, fazendo surgir um novo arquétipo, ou seja, a escola inclusiva no sentido de uma Escola para Todos.

Consideramos relevantes os seguintes pressupostos contidos na Declaração de Salamanca:

“O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e

de uma cooperação com as várias comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e serviços para satisfazer as necessidades especiais dentro da escola.”; “...as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Devem incluir as crianças deficientes ou sobredotadas, as crianças de rua, e as que trabalham, as de populações nómadas ou remotas; as de minorias étnicas e linguísticas e as que pertencem a áreas ou grupos desfavorecidos ou marginalizados.”

Assim, a escola inclusiva é entendida como escola para todos, sendo uma estrutura educativa de suporte social promovendo uma educação diferenciada.

A Escola Inclusiva tem pressupostos legislativos ao longo de várias décadas, pelo que passamos a destacar os que consideramos mais marcantes:

- ✓ 1921 – Declaração dos Direitos da Criança;
- ✓ 1989 – Convenção dos Direitos da Criança;
- ✓ 1990 – Conferência Mundial de Educação para Todos;
- ✓ 1993– Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência;
- ✓ 1994 – Declaração de Salamanca fez surgir a ideia de Escola Inclusiva/Escola para Todos: A educação é um direito fundamental de cada criança, a qual deve ter oportunidade de realizar aprendizagem de acordo com as suas características, interesse, capacidades e necessidades. A sua aprendizagem deve efetuar-se em escolas regulares, contando com programas educativos adequados para responder as suas especificidades e diversidades, garantindo uma educação adequada de forma a conseguir uma educação para todos e criar sociedades mais abertas e solidárias.
- ✓ Decreto-Lei 319/91 de 23 de agosto:
 - Define os princípios orientadores da política integrativa e o suporte legal das escolas no que concerne à organização e funcionamento.
 - Atualiza, alarga e precisa o campo de ação das NEE.

- Substitui a classificação médica de deficiente pelo conceito de aluno com NEE;
 - Perspetiva-se uma escola para todos;
 - Responsabiliza-se a escola regular pelos alunos com NEE;
 - Cooperação dos pais no processo educativo.
- ✓ Portaria 611/93 de 29 de Junho: Prevê a prioridade dos alunos com NEE na frequência dos Jardim-de-infância, bem como fixa as normas técnicas de execução à aplicação das medidas estabelecidas no Decreto-Lei 319/91;
 - ✓ Despacho nº 105/97 de 30 de Maio: Estipula a forma como se deve efetuar os apoios educativos quanto às NEE.

Importa salientar o estipulado em documentos legais publicados nos últimos anos em Portugal (Lei de Bases do Sistema Educativo – Lei nº 46/86, Decreto-Lei nº 35/90, Decreto-Lei nº 319/91 de Despacho Conjunto nº 105/97).

Mais recentemente, o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores públicos, particular e cooperativo. Este apresenta os seguintes objetivos:

- ✓ Incluir educativa e socialmente os alunos;
- ✓ Permitir o acesso e o sucesso educativo;
- ✓ Desenvolver a autonomia;
- ✓ Contribuir para a estabilidade emocional;
- ✓ Promover a igualdade de oportunidades;
- ✓ Preparar os alunos para o prosseguimento de estudos;
- ✓ Preparar os alunos para a vida profissional;
- ✓ Promover a transição da escola para o emprego.

2.2.6. Estratégias para a inclusão das crianças com Necessidades Educativas Especiais

Não obstante as dificuldades ainda evidenciadas no que concerne à integração e acompanhamento dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE) no sistema educativo, atualmente estes alunos recebem uma educação mais adequada do que sucedia há anos atrás, graças à implementação de alterações legislativas e pedagógicas.

Desde que foi criado o conceito de “educação integrada”, nasceu também a noção de que as crianças com NEE tinham direito a apoios no seio escolar e familiar, em que a escola surgia como espaço potenciador do desenvolvimento de competências, com base na individualidade dos alunos. Surgiu também a conceção de que a criança devia ser educada em meios o menos restritos possível, juntamente com as crianças ditas “normais”, desde que estes contextos favorecessem e permitissem o seu desenvolvimento integral. Aliás, estudos apontam para o facto de as crianças que usufruem da educação em ambientes mais restritos não apresentarem na maior parte das vezes progressos mais significativos do que os apresentados quando as crianças se encontram integradas nas classes regulares (Kaufman, Gottlieb, Agard & Kubic, 1975, citados em Correia, 1999). Pelo contrário, pensa-se que a criança que está integrada tem ganhos sociais relevantes e um autoconceito mais significativo.

No entanto, uma eficaz inclusão dos alunos com NEE no ambiente da escola regular apenas acontece, se forem introduzidas algumas mudanças e adaptações curriculares, que permitam a adequação de objetivos, conteúdos, recursos e estratégias às dificuldades dos alunos.

Ao contrário do que sucede em alguns países, em que a organização dos currículos é feita de forma flexível e facilmente adaptada às limitações, potencialidades e interesses do aluno, em Portugal a organização curricular ainda é feita com base em princípios um pouco rígidos e que não primam pela promoção da diversidade. Por conseguinte, perante a perspectiva de integração dos alunos com NEE nas turmas, torna-se necessário proceder a alterações com base no currículo regular. Destas adaptações podem resultar currículos apenas com a inclusão de apoios sumários, com algumas modificações ou com reduções ou acrescentos. No entanto, podemos também estar perante currículos que têm como objetivo o desenvolvimento das competências

motoras, sensoriais, sociais e cognitivas, incidindo sobre áreas básicas como a autonomia, comunicação e socialização.

Quando o aluno com NEE ingressa na escola, após a avaliação que é efetuada, torna-se necessário definir as suas necessidades educativas, analisar o currículo regular e decidir quais as NEE que podem ser trabalhadas e quais as adaptações que devem ser levadas a cabo. Posteriormente, é fundamental identificar os recursos materiais e humanos que devem ser acionados.

Importa referir que as adaptações curriculares afiguram-se como uma adequação progressiva ao currículo regular, com vista a uma adequação às necessidades das crianças e jovens. Para isso, torna-se primordial que a escola consiga articular planos individualizados para o desenvolvimento individual do aluno. Neste contexto, é importante falar igualmente do Projeto Educativo Individual (PEI), que a par da descrição das limitações do aluno e das respostas previstas para colmatar as suas dificuldades, estabelece uma relação com o currículo adaptado do aluno e apresenta-se como um programa de operacionalização das alterações curriculares.

Estas adaptações, ao contrário do que pode sugerir uma análise mais tecnocrática do currículo e da educação especial, são da responsabilidade das próprias equipas docentes da escola, embora com a colaboração de agentes externos e com o acordo dos encarregados de educação, uma vez que estes ajustamentos não são entendidos como programas específicos para deficientes, mas sim aplicações paulatinas de aproximação do currículo às especificidades dos alunos com NEE, que fazem parte integrante das escolas.

De igual modo, é fundamental colocar a tónica não tanto numa avaliação quantitativa e interessada em apontar apenas os défices do aluno, mas sim numa avaliação mais qualitativa e dinâmica com o objetivo de recolher informações que possibilitem a tomada de decisões e a adequação progressiva do currículo, baseada nas interações entre as necessidades da criança e do jovem e a resposta educativa que se lhe oferece. Assim, as adequações curriculares não são uma resposta automática às necessidades educativas, mas sim o resultado de um processo adaptado entre o que foi avaliado o que a escola pode oferecer.

No que concerne à elaboração de uma adaptação curricular, esta deve contemplar em primeiro lugar o nível de competências do aluno, ou seja, aquilo que conhece e aquilo que é capaz de fazer. Posteriormente, deve-se ter em conta as

condicionantes do atual nível de aprendizagem e qual o género de ajuda pedagógica mais indicada para o seu caso, que revele maior potencial normalizador. Estas modificações requerem uma análise a médio e longo prazo que dê sentido às medidas mais imediatas, na forma de um projeto educativo individual em consonância com o projeto educativo de escola e de turma.

Assim, uma proposta curricular deve contemplar uma introdução em que se especificam os objetivos e conteúdos que são eliminados, introduzidos ou adaptados, tendo como referência a programação geral. Também é importante mencionar os objetivos, metodologias e critérios de avaliação que serão adotados enquanto durar a aplicação da resposta educativa. Em último lugar, é fundamental referir a organização dos serviços educativos que estarão ao dispor do aluno, bem como o modo em que serão aplicados.

2.3. Dificuldades de aprendizagem

2.3.1. Conceptualização e definição das dificuldades de aprendizagem

A denominação de Dificuldades de Aprendizagem (DA) surgiu da necessidade de se compreender a razão pela qual um conjunto de alunos, aparentemente normais, estava constantemente a experimentar o insucesso escolar, especificamente nas áreas da leitura, a escrita e o cálculo.

No conceito de DA incluem-se todos e quaisquer obstáculos independentemente do seu carácter intrínseco ou extrínseco, que são impeditivos a que um indivíduo realize uma determinada aprendizagem. A noção “distúrbios de aprendizagem” caracterizada por uma maior especificidade, permite-nos já um outro enfoque na problemática (Rebelo, 1993).

A ausência de uma definição conceptual das DA, tem sido um aspeto a salientar nesta área, existem numerosas definições que ao longo dos tempos se foram construindo

Assim sendo, é importante fazer-se uma delimitação conceptual das DA, na qual haja consenso para que todos os intervenientes num Plano de Avaliação e Intervenção, junto dos alunos portadores destas problemáticas, adotando e aplicando as medidas mais adequadas.

Cruickshank, citado por Mercer (1991), verificou em 1972 que em inglês se utilizaram mais de quarenta expressões referidas a uma mesma criança. Se por um lado, esta constatação é suscetível de nos reenviar para a dinâmica da construção do conhecimento, por outro lado, não deixa de ser arriscada, uma vez que pode vir a constituir um obstáculo ao adequado atendimento da criança ou jovem com dificuldades de aprendizagem.

Como sublinham Correia (1991) e Kirk e Gallagher (1991), as sucessivas definições formuladas tendem a refletir o contributo de diferentes áreas do saber como a medicina, a psicologia ou a educação. Este facto, como refere Casas (1994), significa que, de acordo com a sua formação e orientação teórica, os diferentes autores tendem a salientar determinados aspetos que lhe parecem essenciais, excluindo outros que noutras perspetivas aparecem como relevantes. Com base nesta realidade, o objetivo a prosseguir não é tanto a demanda de “o conceito” mas, como afirma Casas (1994), a procura de uma definição que explicita sem equívocos os limites do que são as dificuldades de aprendizagem. Importa, pois, que todos os esforços se conjuguem no sentido de clarificar o conceito de crianças com dificuldades de aprendizagem.

2.3.2. Enquadramento das dificuldades de aprendizagem nas Necessidades Educativas Especiais

As Dificuldades de Aprendizagem (DA), têm sido um tema que suscita grande controvérsia. Por definição são consideradas um problema que se reflete na escola. Alguns autores referem inclusive que é neste contexto específico, que inicialmente se manifestam, tornando-se impeditivas do sucesso escolar. O próprio conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE), tal como foi referido pelo relatório Warnock (1978) faz a sua inclusão numa diversa variedade de problemas, ao admitir a existência de um contínuo de necessidades apresentadas por todas as crianças.

A importância do Warnock Report – resultado de um longo estudo que veio revolucionar as grandes perspetivas de intervenção no campo educativo e pedagógico junto das crianças e jovens que apresentam problemas – reside no facto de este apresentar como Necessidades Educativas Especiais aquelas que carecem de meios especiais de acesso ao currículo, instalações, recursos e técnicas especiais, um currículo

especial, adaptado ou modificado, e uma particular atenção ao sistema social e ao ambiente emocional daqueles que são parte ativa e integrante do processo educativo.

O conceito de Necessidades Educativas Especiais foi adotado em 1994 na “Declaração de Salamanca” (UNESCO) e redefinido de modo a abranger todas as crianças e jovens cujas necessidades se relacionem com deficiências ou dificuldades escolares. Assim sendo, inclui crianças portadoras de uma qualquer deficiência ou sejam, por oposição, sobredotadas e crianças de áreas ou grupos que possam ser considerados como desfavorecidos ou marginais.

Deste modo, surge uma conceção nova e diferente que implica a aceitação da diferença e uma conseqüente atitude ativa de abertura à diversidade. É, por inerência, um conceito que não restringe a adequação de metodologias e recursos apenas aos alunos que tradicionalmente se consideravam deficientes, considerando também aqueles que manifestam a necessidade de um qualquer tipo de resposta individual seja ela de carácter transitório ou permanente.

Pelo que foi referido anteriormente, é necessário que o sistema educativo não se confine à intenção institucional, mas que seja capaz de oferecer uma igualdade de oportunidades na qual cada criança é educada como um indivíduo com características próprias, implementando assim um projeto educativo próprio.

A presença de crianças com NEE nas estruturas regulares de ensino implica a procura, por parte de todos os intervenientes no processo educativo, de respostas que proporcionem um atendimento adequado e cabal às necessidades de cada uma delas.

Nesse sentido, o Decreto-Lei nº 319/91 foi um marco importante, ao legislar e determinar a crescente responsabilização da escola pelas crianças com NEE, cabendo a essa instituição o dever de saber identificar e, depois, responder às diferentes necessidades que elas representam.

Neste âmbito, importa salientar que é com alguma frequência que se verifica que todos reconhecem e se debruçam exclusivamente sobre os problemas biológicos, genéticos, psíquicos, psicológicos – hereditários ou não – ou os fatores que de algum modo possam estar na origem da existência das dificuldades de aprendizagem, ignorando os de origem diversa.

Apesar de não podermos alhear-nos das dificuldades resultantes dos problemas anteriormente mencionados, torna-se importante contemplar igualmente os problemas

cognitivos envolvidos em aprendizagens simbólicas como a leitura, a escrita e o cálculo, sendo estes de grande importância na formação integral dos indivíduos.

As capacidades cognitivas (atenção, percepção, processamento, memória e planificação) são capacidades consideradas como básicas e essenciais para que uma criança aprenda a ler e a escrever. Segundo Correia (2006), as crianças que demonstrem dificuldades nestas áreas, “envolvendo défices que implicam problemas de memória, perceptivos, motores de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos” experimentarão grandes dificuldades em processar, categorizar, classificar e recategorizar informação, processos tidos como indispensáveis para a formação de conceitos. As dificuldades deste tipo têm repercussões em todos os outros domínios funcionando como fator justificativo para o diagnóstico das dificuldades de aprendizagem. Consequentemente, estas crianças terão igualmente dificuldades em acompanhar o currículo escolar se este não for alvo de uma adaptação e reformulação.

Deste modo, terá que haver um trabalho de identificação precoce para que a criança com DA disponha de oportunidade de trabalhar estes domínios de acordo com o seu ritmo e as suas características específicas, contemplando os processos cognitivos implicados na escrita, leitura e cálculo.

2.3.3. Etiologia das Dificuldades de Aprendizagem

Segundo Cruz (1999), as teorias mais representativas e mais universalmente aceites, que oferecem explicações sobre as causas das DA, podem agrupar-se em três grupos:

- ✓ teorias baseadas no enfoque neurofisiológico;
- ✓ teorias perceptivo-motoras;
- ✓ teorias psicolinguísticas e cognitivas;

Nas primeiras, entende-se o comportamento humano em função do funcionamento neurológico e cerebral do indivíduo, pelo que estabelecem uma relação entre as dificuldades de aprendizagem e as disfunções ou lesões do sistema nervoso central.

O segundo grupo de teorias relaciona as dificuldades de aprendizagem com uma série de deficiências de tipo motor e perceptivo que existem nos indivíduos (Martin, 1994). Para tal baseia-se no pressuposto que o desenvolvimento motor e perceptivo antecedem e são um requisito prévio para o desenvolvimento conceptual e cognitivo.

Por último, as teorias psicolinguísticas e cognitivas consideram que as DA têm como causa as deficiências nas funções de processamento psicológico, isto é, referem-se aos processos pelos quais a informação sensorial é codificada, armazenada, elaborada e recuperada (Cruz, 1999).

2.4. A Perturbação de Hiperatividade e de Défice de Atenção

2.4.1. Perspetiva Histórica

A evolução histórica de definição do conceito de PHDA não é única.

No século XIX a “PHDA” era confundida com estados de Perversão (Bourneville, 1896), de Psicopatia (Kraepelin, 1898) ou Deficiência Mental (Philippe e Paul Bouncour, 1905 cit. por Abramson).

A instabilidade era o termo mais utilizado na literatura, sendo considerada como um sintoma de perturbações mentais graves, como as psicopatias, as psicoses, as esquizofrenias e de deficiência como a deficiência mental.

A sua descrição clínica fez-se com base na psicopatologia do adulto, não existindo estudos sobre a criança.

Em 1937, Charles Bradley (cit por Barkley, 2006), mostrou mais uma linha de relação da PHDA com o biológico através da descoberta de alguns estimulantes, como as anfetaminas, que ajudavam as crianças com PHDA a concentrarem-se melhor.

No início do século XX a literatura apresenta a Lesão Cerebral como causa mais provável para a Hiperatividade (Strauss e Lethinen, 1947, cit. por Barkley 1988; Rutter, M. 1968).

A primeira metade do Século XX pode ser considerada como o segundo período da história da PHDA. Nesta altura nos países de língua Inglesa a PHDA é vista como um sintoma que se denomina de Hiperquinésia ou Hiperatividade e que tem origem numa Lesão Cerebral que poderá ser ou não detetada.

Surge a designação de Lesão Cerebral ou Lesão Cerebral Mínima para o síndrome que inclui a Hiperquinésia, a Falta de Atenção, a Impulsividade e o Atraso Escolar.

O tipo de terapêutica utilizada resumia-se à administração de medicamentos que pudessem acalmar as crianças e viessem a ter efeitos positivos ao nível do funcionamento cerebral.

Na literatura francesa surge o termo de Instabilidade Psicomotora (impulsividade, falta de atenção, incapacidade de concentração, necessidade exagerada de movimento) e que também foi durante muito tempo associado a um sintoma de Lesão Cerebral.

Em 1959, Denhoff (cit por Barkley, 2006), referiu que a perturbação seria uma espécie de disfunção cerebral, uma vez que não era comprovada evidência de lesão cerebral na maioria das crianças. Descrevia-a como uma perturbação hipercinética do impulso, caracterizada pela agitação, hiperatividade, diminuição progressiva da atenção, concentração escassa, distração e irritabilidade deveriam ser consideradas como componentes comportamentais (Knobel,1959, Levy,1997 cit por Barkley, 2006).

A ideia para comportamentos alterados nessas crianças sugeria evidências de alguma lesão cerebral, mesmo quando não houvesse lesão conhecida (Strauss e Kephart 1995 cit por Barkley, 2006).

Surgia assim o conceito da Lesão Cerebral Mínima, que se manteve até à década de 60, sendo substituído pelo conceito de Disfunção Cerebral Mínima.

Nos anos 60 Chess (cit. Por Lopes,2003) falou no excesso de atividade como um sintoma central da doença, realçou a importância da construção de instrumentos objetivos de avaliação, retirou aos pais a culpabilidade pelos problemas dos filhos e separou os conceitos de Síndrome de Hiperatividade e Síndrome de Lesão Cerebral.

No final dos anos 60 muito já se sabia sobre a PHDA, mas a evidência que relacionava a perturbação a uma base biológica começou a gerar discussões sobre a existência da mesma. Muitos acreditavam que a perturbação era uma tentativa de retirar aos pais a culpa de terem filhos mimados e mal comportados. Depois deste período de incertezas, novas descobertas começaram a ser feitas ligando os problemas associados à PHDA a certos tipos de neurotransmissores (Messina & Tiedemann, 2006).

No início da década de 70, a definição das características das crianças com PHDA ou hipercinéticas surgiu para confirmar o que investigadores antes diziam, como

tendo apenas características associadas, impulsividade, falta de atenção, pouca tolerância à frustração, distração e agressividade (Marwitt & Stonner,1972, Safer & Allen, 1976 cit por Barkley 2006).

Outros, como (Wender, 1971, cit por Barkley 2006), persistem numa outra teoria, características como: trapalhão, desequilíbrio motor, e comportamento conflituoso, eram vistas como marcas da síndrome e onde a hiperatividade era desnecessária para o diagnóstico. Nesta época, na década de 70,a hiperatividade deixa de ser o fator essencial da perturbação. As inúmeras investigações que surgem passam a colocar a tónica na importância do défice de atenção e impulsividade (Lopes, 2003).

Dos anos 70 até aos anos 80 pesquisou-se muito acerca das características da PHDA tornando-se esta perturbação, uma das problemáticas de maiores estudos psiquiátricos, da infância.

Na década de 80, vários autores (Mattes, Gualtieri e Chelune,1984 cit por Barkley 2006), especulavam sobre o envolvimento dos lobos frontais na PHDA devido à semelhança de sintomas apresentados por pacientes com esta perturbação e aqueles que sofreram danos nos lobos frontais devido a acidentes ou outros problemas.

Investigadores há muito que suspeitavam que a PHDA estava associada a atrasos de desenvolvimento do funcionamento cerebral. A suportar esta ideia estão inúmeros estudos neuro psicológicos mostrando défices na performance de crianças com PHDA (Barkley, 2006).

No final dos anos 80, fica-se com a noção de que a PHDA, era uma condição de desenvolvimento deficiente, geralmente crónica, tendo uma forte componente biológica e hereditária, e ainda um significativo impacto negativo, na vivência social ou no percurso académico de muitas destas crianças. Houve um grande enfoque na pesquisa das bases neurológicas e genéticas (Barkley,2006).

Ainda que os autores, à data refiram que não há uma única explicação para a PHDA, a tónica é colocada na perspectiva de uma diversidade de causas (Barkley 1988).

A PHDA não é uma doença dos tempos modernos. Há mais de uma centena de anos Still (1902,cit por Lopes, 2003) descreveu um conjunto de crianças que apresentavam um excesso de atividade motora e um escasso controlo de impulsos. Still defendeu que a doença tinha uma origem orgânica e identificou características físicas comuns às crianças hiperativas: cabeça demasiado grande, malformações no palato e vulnerabilidade às infeções.

A década de 90 foi de intensa investigação. O DSM-III (APA, 1980, cit. por Lopes, 2003) apresenta novos critérios de diagnóstico com base nas investigações realizados nos anos anteriores. Os sintomas são apresentados numa lista detalhada de verificação de comportamentos. São criados alguns subtipos desta perturbação: PHDA com Hiperatividade; PHDA sem Hiperatividade; e PHDA residual que constitui um subtipo com contornos pouco definidos.

Ao longo desta década de 90, estudos mostram que a hereditariedade poderá explicar 50- 97% das características da PHDA (Barkley, 2006).

O DSM-IV (APA, 1994 cit. Lopes, 2003) divide os sintomas de uma forma diferente dos manuais anteriores, como já foi referido anteriormente. O DSM-IV mostra a importância do despiste realizado em ambientes estruturados, como na sala de aula, e considera que os professores são observadores particularmente privilegiados.

2.4.2. Definição atual

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações neuro-comportamentais mais frequentes da infância que se caracteriza por um desenvolvimento inapropriado dos mecanismos cerebrais que regulam os processos da atenção, da atividade motora voluntária e dos processos de reflexão (Miranda-Casas & Soriano-Ferrer, 2000).

Barkley (2000 p. 12) define Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) como “um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores; atraso mental ou distúrbio emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices da auto-regulação do comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo”.

Podemos, assim, concluir que se trata de um problema generalizado de falta de auto-controlo com repercussões no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação psicossocial.

Durante muitos anos, foi uma perturbação de múltiplos diagnósticos, de pluralidade terminológica e de diversidade conceptual. É comum a literatura referir-se a ela apenas como hiperatividade, mas outros termos como hiperquinésia, disfunção cerebral mínima, síndrome hiperquinético, problemas de comportamento, instabilidade psicomotora, entre outros, têm sido empregues ao longo dos tempos de uma forma indistinta para referir e descrever a criança com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (Lopes & Nogueira, 1998).

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é o termo utilizado no Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR,) para designar a criança hiperativa ou com instabilidade psicomotora. De acordo com o DSM-IV-TR, a PHDA caracteriza-se por um "padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento".

As crianças com PHDA apresentam dificuldades comportamentais em três áreas de funcionamento básico como a atenção, a impulsividade e o excesso de atividade motora, verificando-se que estas características provocam dificuldades escolares, problemas de atenção interpessoal com os pares e membros da família e baixa autoestima (Barkley, 2006).

É a perturbação neuro-comportamental mais frequente da criança, atingindo entre 3% a 7% das crianças em idade escolar. Calcula-se também que entre 50% e 65% das crianças afetadas continuarão a registar os sintomas desta perturbação na adolescência e na idade adulta, duas a oito vezes mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino (Garcia, 2001). Em Portugal não há valores precisos sobre a taxa de incidência da hiperatividade nas nossas crianças, mas prevê-se que não andarà muito longe dos valores de referência dos países que nos são culturalmente mais próximos (Espanha: 4,57% e Brasil: 5,8%).

A PHDA é, provavelmente, a perturbação da infância e da adolescência mais estudada na atualidade, sendo um termo cada vez mais utilizado na nossa sociedade. A banalização do termo levou a uma conseqüente generalização desta patologia, o que faz com que qualquer criança que apresente algumas alterações comportamentais possa ser, desde logo, rotulada de hiperativa, sem muitas vezes se tentar compreender quais as condições ou variáveis que podem estar a originar tais comportamentos.

A PHDA pode ser descrita como uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos fatores neuro psicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande instabilidade motora.

2.4.3. Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção segundo o DSM-IV-TR

O diagnóstico de uma criança com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é essencialmente clínico, baseando-se em critérios comportamentais. A confirmação do diagnóstico requer a síntese da informação recolhida junto dos pais, dos professores e de outros intervenientes no processo educativo, bem como a avaliação da criança através de uma história clínica detalhada, de um exame objetivo completo, de uma avaliação neurodesenvolvimental e neuropsicológica, da aplicação de várias escalas específicas de PHDA e, por exemplo, de outros procedimentos não rotineiros (Avaliação Pedopsiquiátrica e Educativa, Avaliação sensorial-visual e auditiva - Ressonância Magnética e Tomografias por emissão de positrões). Esta informação anamnésica deve conter os dados relativos à história pré, peri e pós-natal, ao desenvolvimento infantil, à história clínica e médica, à história familiar, social e escolar, às dinâmicas familiares, ao comportamento disruptivo que a criança atualmente evidencia nos diversos contextos, e desde quando os evidencia, entre outros fatores que possam ser igualmente importantes para o diagnóstico (Lopes, 2003; Rohde & Halpern, 2004).

A sinalização atempada destas crianças para um processo de avaliação e intervenção clínica é extremamente importante face aos seus efeitos a longo prazo, não só no desenvolvimento das capacidades cognitivas como também nas sociais, familiares e emocionais, nomeadamente, o desinteresse, a aversão pelo ensino e pela aprendizagem, a inquietude, a desconcentração, a agressividade e a construção de uma imagem negativa de si próprias, pois permitirá controlar e minimizar a grande parte dos sintomas e das consequências da PHDA.

Para ajudar a um diagnóstico mais preciso, a Associação Americana de Psiquiatria estabelece critérios de diagnóstico que estão bem definidos no DSM-IV-TR (APA, 2006):

A. Falta de atenção (1) ou Hiperatividade-Impulsividade (2):

(1) Seis ou mais dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

■ **Falta de atenção**

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala 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 mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- (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) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

■ Hiperactividade

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

■ Impulsividade

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem 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-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos sete 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 Geral de Desenvolvimento; Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor

explicadas por outra Perturbação Mental (por exemplo: Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação Dissociativa).

■ Critérios adicionais

1. Persistem há pelo menos seis meses;
2. Surgem antes dos sete anos;
3. Presentes em mais de um contexto (casa, escola...);
4. Claramente inapropriados e inconsistentes à idade e ao nível de desenvolvimento da criança;
5. Provocam compromisso significativo nas atividades sociais, académicas ou ocupacionais;
6. Não ocorrem exclusivamente durante a evolução de perturbações do espectro autista, de esquizofrenia ou de outra doença psicótica ou mental.

De acordo ainda com a classificação de DSM-IV-TR (2006), a criança com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) pode pertencer a um de três subtipos:

1. PHDA Predominantemente Desatento (seis ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos que seis sintomas de hiperatividade-impulsividade)

2. PHDA Predominantemente Tipo Hiperativo / Impulsivo (seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade, mas menos que seis sintomas de falta de atenção)

3. PHDA Tipo Misto (seis ou mais sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade).

Atendendo a estes critérios de diagnóstico definidos do DSM-IV-TR (2006), verificamos que a diminuição da atenção, a hiperatividade e a impulsividade constituem os sintomas nucleares da PHDA.

Segundo alguns autores os critérios de diagnóstico da PHDA apresentam simultaneamente vantagens e desvantagens.

Como resultante, no diagnóstico da PHDA, não só devemos ter em conta se a desordem existe mas o grau em que as características estão presentes e a forma específica de como a perturbação afeta o indivíduo em vários contextos (casa, escola, pares, etc.) (Barkley, R. 1998; Shelton, T. e Barkley, R. 1995).

Um dos grandes problemas colocados pela utilização dos critérios do DSM-IV é o facto de estes serem dicotómicos (presente/ausente) e não estarem definidos em função de fases de desenvolvimento (Barkley 1998).

No entanto Barkley (1998) refere que os atuais critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV são os mais rigorosos e derivados empiricamente de toda a história da PHDA.

O comité responsável pelos estudos conducentes a estes critérios foi constituído pelos mais prestigiados investigadores na área e foram derivados a partir de inúmeras revisões bibliográficas e ainda a partir de um conjunto de escalas e questionários de despiste da perturbação.

Segundo Barkley os critérios do DSM-IV apresentam claros progressos em relação aos anteriores.

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

2.5. Etiologia da PHDA

As investigações etiológicas não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos fatores que originam esta perturbação, subsistindo atualmente algumas dúvidas relativamente aos fatores etiológicos implicados na PHDA. Porém, existem evidências claras que as suas causas residem em alterações genéticas e neurológicas. Diversos procedimentos neurológicos têm conseguido associar a PHDA a diferenças

estruturais e/ou funcionais nos lóbulos frontais, corpo estriado e cerebelo (Barkley, 2006).

Comparações feitas a grupos de crianças hiperativas e a grupos de crianças com problemas de comportamento demonstram que existem poucas diferenças significativas entre eles, ou seja, é impossível fazer uma distinção precisa entre crianças com níveis elevados de hiperatividade e as que apresentam elevadas perturbações comportamentais, causadas por vários fatores tais como classe social, família numerosa, familiares com perturbações do foro psiquiátrico, lares desfeitos ou variáveis biológicas, como história peri-natal, défices sensoriais e físicos, anomalias congénitas, etc.

De acordo com Lopes (2003) e Barkley (2006), a investigação nesta área da PHDA aponta para múltiplas etiologias, entre as quais se destacam os fatores neurológicos, as toxinas ambientais, os fatores genéticos e os fatores ambientais e psicossociais.

2.5.1. Fatores neurológicos

Alguns autores, como Ferguson e Rapoport (cit. em Lopes & Nogueira, 1998), apontam para uma associação entre lesão cerebral e défices de atenção e hiperatividade, porém menos de 5% das crianças com PHDA apresentam sinais neurológicos graves indicativos de lesão cerebral.

Noutros estudos sobre problemas pré e peri-natais também não é evidente que a lesão cerebral naqueles períodos de vida seja a causa do PHDA.

Kinsbourne (cit. em Lopes & Nogueira, 1998) referiu a hipótese da PHDA resultar de um atraso na maturação cerebral, contudo não existe evidência neurológica direta que a fundamente.

Outra hipótese avançada por Rapoport (cit. em Lopes & Nogueira, 1998) prende-se com possíveis disfunções nos neurotransmissores. Porém, se por um lado, alguns estudos encontram uma diminuição da dopamina no cérebro das crianças com PHDA, outros apresentam conclusões contraditórias.

2.5.2. Toxinas ambientais

Certos aditivos alimentares (corantes, conservantes e salicilatos) e o açúcar refinado têm sido apontados como causa da PHDA, contudo não está comprovado que estas substâncias causem ou agravem os sintomas desta patologia (Barkley, 2002).

De acordo com Taylor (cit. em Lopes & Nogueira, 1998), os níveis de chumbo no corpo estão associados num grau pouco significativo aos sintomas da PHDA

Outros fatores orgânicos referidos na literatura, mas também muito inconsistentes quanto a resultados, são o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, embora alguns autores, como Denson e col. (cit. em Barkley, 2002), não encontrem quaisquer diferenças significativas em relação à população em geral.

Foi também avançada a hipótese de a exposição à luz fluorescente poder provocar a hiperatividade, mas os vários estudos realizados não encontraram tais efeitos.

2.5.3. Fatores genéticos

Os resultados da investigação feita neste campo sugerem uma predisposição genética para a PHDA, registando-se uma alta prevalência entre os familiares de crianças com esta perturbação. Cerca de 20% a 30% dos pais e irmãos de crianças com PHDA também apresentam o sintoma. Estudos realizados por Goodman e Stevenson (cit. em Lopes & Nogueira, 1998) em gémeos monozigóticos vieram corroborar o papel da hereditariedade na transmissão deste sintoma.

Contudo, nos últimos anos têm-se registado grandes avanços no estudo da hereditariedade e da genética associada à PHDA. Acredita-se que vários genes podem estar implicados e a investigação tem-se centrado particularmente nos genes do sistema dopaminérgico (Barkley, 2006; Rohde & Halpern, 2004).

2.5.4. Fatores ambientais e psicossociais

As explicações etiológicas da PHDA que radicam em fatores ambientais e psicossociais são escassas e com pouca repercussão na literatura especializada.

Desvantagem socioeconómica, família numerosa e desestruturada são alguns dos fatores que podem estar na origem de um comportamento hiperativo.

Após a análise da etiologia apresentada da PHDA, podemos constatar que não é fácil determinar com exatidão o que está na origem desta perturbação, uma vez que alguns dos fatores apresentados como possíveis causas se revelaram inconclusivos e, em alguns casos, contraditórios. O consenso atual é que a etiologia é “multifactorial e apenas compreensível na medida da existência de inúmeros fatores de risco que em relação entre si criam situações de maior ou menor desadaptação do indivíduo” (Rodrigues, 2003, p. 29).

Existe uma abundante referência literária que associa as causas dos comportamentos disruptivos destas crianças a fatores endógenos e não tanto a variáveis familiares, o que permite retirar a carga negativa, muitas vezes imputada pela escola, que os pais destas crianças carregam por suporem ter sido maus educadores.

2.6. Características da PHDA

São três as características fundamentais da PHDA (Défice de Atenção, hiperatividade e Impulsividade) e considerados pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico.

2.6.1 - Défice de Atenção

O défice de atenção é uma característica muito importante da PHDA. A criança tem muita dificuldade em manter-se atenta por longos períodos de tempo.

Vários estudos mostram que as crianças com PHDA apresentam problemas académicos derivados das dificuldades ao nível da atenção, como por exemplo não terminarem as suas tarefas, sobretudo as mais monótonas como as que implicam a escrita, a leitura, a matemática ou exposição de um assunto oralmente. Por outro lado apresentam mais dificuldades de memorização e de seguir instruções. Como tal devem ser ensinadas de forma diferente, mesmo daquelas com dificuldades de aprendizagem (Richards e Col. 1990).

Ao nível da atenção, embora as capacidades de processamento de informação se encontrem intactas estas crianças revelam um desempenho fraco em tarefas que lhes cedam suporte diminuto, revelem pouco interesse ou se encontrem associadas a fatores de distração (Fonseca, 1998).

2.6.2 – Hiperatividade

As crianças com PHDA apresentam, geralmente, atividade motora excessiva.

Segundo Barkley (1981) o excesso de atividade motora surge sobretudo em situação de sala de aula, dado que é aí que a exigência ao nível da concentração e inibição da atividade se torna maior.

Respondem também com maior agressividade (quer física quer verbal). Assim são consideradas mais imaturas em termos sociais e emocionais (Barkley, 1981).

Segundo Micouin e Boucris (1988) o excesso de atividade motora ou hiperatividade é a principal característica das crianças instáveis.

A criança com hiperatividade é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo. (Falardeau, 1997).

“Refere-se aos níveis excessivos de atividade motora ou oral, características da criança com hiperatividade, o que faz dela uma criança muito inquieta, nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados e “faladora”, (Barkley, 1998 cit. por Lopes, 1998, p.18).

São também sujeitas a mais sanções reprimendas e castigos do que as crianças sem PHDA (Melo, A. R., 2003).

As crianças com hiperatividade 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, 2006).

2.6.3 – Impulsividade

As crianças com PHDA respondem mais rapidamente e cometem mais erros do que as outras, quando submetidas às mesmas condições de avaliação.

Agem sem pensar nas consequências do seu comportamento. A impulsividade característica central na PHDA, manifesta-se por impaciência, responder antes de ouvir a pergunta, dificuldade em esperar, interromper os outros, dificuldade em seguir instruções, fazer comentários inoportunos, partir objetos sem querer ou mexer nas coisas dos outros (APA,1994).

A impulsividade pode ser definida como o fracasso na inibição de comportamento (Lopes, 2003).

Segundo, Barkley (2006), a impulsividade reside na dificuldade de inibir o comportamento em resposta a exigências situacionais.

A impulsividade consiste na dificuldade em regular a conduta, uma vez que passam à ação, sem reflexão prévia o que se traduz por uma não-aceitação das regras sociais, exigem a satisfação imediata dos seus desejos e tem tendência a praticar atividades perigosas (Barkley 2006).

2.6.4 - Características que podem surgir associadas à PHDA

São muitas as características que podem surgir associadas à PHDA mas nem todas as crianças com PHDA apresentam todas essas características.

Algumas das crianças com PHDA podem apresentar problemas cognitivos, ligeiras dificuldades intelectuais, dificuldades na leitura (dislexia), na escrita (disgrafia), na matemática ao nível do cálculo (discalculia) ao nível da memória de trabalho verbal e não-verbal.

Essas crianças têm diversas dificuldades de aprendizagem, que leva a atrasos em algumas áreas de conteúdo, nomeadamente a leitura, a escrita, a expressão oral, cálculo etc. (Falardeau, 1997).

As crianças com PHDA podem também revelar problemas de linguagem (disfasia, dislalia, disartria e distúrbios do ritmo), atraso no início da aquisição da linguagem, dificuldades no discurso oral, falar excessivamente, etc.

Podem ter dificuldade ao nível do comportamento adaptativo, nas atividades motoras, autonomia, responsabilidade pessoal, independência social e nas relações sociais.

Estas crianças podem ter também atraso no desenvolvimento da coordenação motora (descoordenação motora e excesso de movimentos).

Algumas crianças com PHDA têm dificuldade em controlar as suas emoções, dificuldade em lidar com a frustração, irritam-se com muita facilidade, são hostis, apresentam baixa autoestima, são imprevisíveis e apresentam variabilidade de humor. No campo das emoções e afetividade umas das principais características descritas para as crianças com PHDA é a dificuldade de autorregulação das emoções. A irritabilidade a hostilidade, a excitabilidade e uma híper reatividade emotiva são frequentemente descrições da criança com PHDA (Barkley, 1990).

Podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, pouca persistência e baixa motivação na realização das tarefas e dificuldade em cumprir instruções, regras e ordens.

As características da PHDA também podem variar consoante o sexo, os rapazes com PHDA terão mais tendência ao insucesso escolar, (Whalen e Henker, 1980, cit. por DeHass, P. e Young, R. D., 1984).

Paulauskas e Campbell, (1979, cit. por DeHass, 1986) referem que os rapazes apresentam também maiores problemas em termos de relação social.

2.7. Problemas de aprendizagem e de linguagem associados

Muitas crianças com PHDA apresentam dificuldades a nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem (com uma incidência que varia entre os 35 e os 50%). Estas crianças têm um rendimento académico que pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais devido aos seus problemas de atenção, memória e escasso controlo dos impulsos.

O défice de atenção é a causa principal da existência de um rendimento escolar aquém das possibilidades da criança. Implica uma dificuldade em seleccionar os estímulos de forma adequada. Quando a informação chega a estas crianças, elas fixam-se em detalhes mínimos e não são capazes de apreender a ideia principal. Como se “as árvores as impedissem de ver o bosque”. Assim, quando respondem a uma pergunta, podem fazê-lo pela tangente e, nos seus trabalhos, distribuem mal o tempo.

2.7.1. Auto monitorização inadequada (ausência de controlo de qualidade)

Estas crianças cometem erros pelo facto de concluírem e entregarem os trabalhos de forma precipitada. Quando leem em voz alta, enganam-se nas palavras porque não comprovam se a palavra faz sentido naquela frase antes de a dizer. Isto deve-se à falta de atenção mas também à sua impulsividade e falta de auto monitorização.

2.7.2. Dificuldade em manter o esforço

Têm muita dificuldade em manter a atenção em atividades que não lhes geram interesse. Aborrecem-se, desconcentram-se nos deveres, enquanto um jogo de vídeo é capaz de captar a sua atenção durante horas. Esta falta de perseverança afeta de forma significativa o rendimento nos primeiros anos de escolaridade. Estas crianças cansam-se facilmente em trabalhos que exigem a sua concentração e é natural que evitem essas tarefas.

2.7.3. Memória

É difícil separar os problemas de atenção dos problemas de memória. Se não somos capazes de estar atentos a uma informação, dificilmente conseguimos apreendê-la, integrá-la e armazená-la. Normalmente as crianças com PHDA tem uma boa memória a longo prazo mas a sua memória a curto prazo e a memória de trabalho deixam muito a desejar. Recordam-se do que aconteceu há um ano, mas têm muita dificuldade em reproduzir o que se lhes acabou de explicar.

✓ Memória a curto prazo

A maioria destas crianças tem muita dificuldade em recordar instruções e em reter informação sequencial (ex: dificuldade em recordar listas, confundem os passos para resolver o problemas...).

✓ *Memória de trabalho*

Refere-se à capacidade de reter vários tipos de informação ao mesmo tempo. Se não somos capazes de representar mentalmente vários números, não podemos fazer cálculos mentais. Se queremos compreender o que lemos, temos que ser capazes de recordar as palavras do princípio de um parágrafo quando chegamos ao fim. Na linguagem, a memória de trabalho ajuda-nos a combinar palavras mentalmente para conseguir o máximo impacto ao utilizá-las oralmente ou por escrito.

2.7.4. *Controlo Executivo*

A capacidade de refletir e planear antes de atuar está afetada o que lhes causa problemas em estabelecer prioridades, planificar, organizar o tempo, antecipar consequências, aprender com a experiência e sintonizar socialmente.

2.7.5. *Dificuldades específicas da aprendizagem*

Apresentam frequentemente problemas na leitura, ortografia, expressão escrita, matemática e linguagem oral.

Leitura e Ortografia

- ✓ Problemas na segmentação fonémica
- ✓ Problemas na leitura visual – reconhecer palavras pela forma
- ✓ Problemas de compreensão da leitura
- ✓ Impulsividade, escassa auto monitorização, problemas de compreensão motivados pela fraca memória de trabalho

Matemática

- ✓ Os problemas de cálculo mental são quase universais nas crianças com PHDA e muitas delas têm também dificuldades específicas na área da matemática. Não têm dificuldades em reproduzir os números de memória e podem contar por correspondência (ex: utilizando os dedos) mas quando se lhes retira esse

suporte começam os problemas. Muitas crianças têm também uma discalculia – custa-lhes entender o tamanho relativo das figuras, aprender as tabuadas, recordar sequências de dígitos, entender o significado dos sinais e compreender conceitos matemáticos avançados.

Linguagem Oral

- ✓ Estas crianças costumam ter uma forma particular de expressar-se e muitos problemas na aprendizagem da leitura correspondem a dificuldades que têm na hora de decodificar a linguagem no cérebro. Os problemas de falta de atenção, memória de trabalho e controlo executivo são a causa da maioria das dificuldades a nível da expressão oral. Elas respondem sem ter escutado a pergunta, interrompem as conversas dos outros e são muito desorganizadas. O seu discurso pode carecer de uma linha narrativa clara, podendo saltar de um assunto para outro. Com os seus problemas de seletividade, são capazes de se perder em pormenores irrelevantes e podem não saber dar uma ideia de conjunto ao seu discurso. Os seus relatos costumam ser muito interrompidos por hesitações “mmmms”, “ahhs....” que podem ocultar a dificuldade real em encontrar uma palavra adequada. Quando se lhes colocam perguntas abertas, podem responder “não sei” ou “não me lembro” para não terem que se esforçar a organizar o discurso. Muitas vezes têm dificuldade em adaptar o discurso ao interlocutor – falta de habilidades pragmáticas da linguagem.

2.8. Intervenção

Nos últimos anos, as formas de intervenção no âmbito da PHDA têm sido alvo de várias investigações, sobretudo a intervenção a nível psicofarmacológico. No entanto, por trás dessa investigação persiste a frustração de não existir “cura” para esta perturbação, mas sobretudo formas e estratégias de a gerir e controlar (Goldstein & Goldstein, 1998; Lopes, 2004).

Sendo assim, entre os diferentes tipos de intervenção podemos agrupar aqueles que têm como principal objetivo reduzir os sintomas primários ou específicos da PHDA, e aqueles que se direcionam para minorar os restantes problemas que acompanham esta perturbação (Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995).

A PHDA pelo carácter multidimensional dos comprometimentos que lhe estão associados não se pode reduzir a formas de intervenção isoladas, mas requer sobretudo uma visão holística que permita a combinação das mesmas (Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995).

Uma vez que este trabalho pretende analisar as perceções dos professores do Ensino Básico acerca das diferentes formas de intervenção ao nível PHDA, iremos apresentar sucintamente, as formas de intervenção, que no presente, reúnem maior suporte científico/pedagógico ao nível da eficácia.

2.8.1. Intervenção ao nível Escolar

Face às dificuldades sentidas ao nível do percurso académico, e sendo o contexto em que as crianças e jovens passam a maior parte do seu dia, a escola enquanto agente educativo deve ser um dos principais palcos de intervenção com estas crianças.

Nesse sentido DuPaul e Eckert (1997) após uma revisão das diferentes formas de intervenção neste contexto, apresentaram uma proposta de classificação que permite dividir as estratégias nas seguintes categorias:

- ✓ Intervenção ao nível académico;
- ✓ Intervenção ao nível comportamental;
- ✓ Intervenção ao nível cognitivo-comportamental.

2.8.2. Intervenção ao nível académico

Esta categoria diz respeito ao conjunto de técnicas utilizadas em contexto escolar no sentido de alterar/manipular esse mesmo contexto, de forma a realçar sobretudo as competências possuídas pelas crianças com PHDA (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

De entre estas técnicas destacam-se:

Psicoeducação - Aumentar o nível de conhecimento dos professores acerca da perturbação em causa, neste caso, acerca da PHDA, de forma a que possam responder de forma adequada às diferentes necessidades que os alunos com esta perturbação apresentem (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Colaboração entre casa e escola - De forma a efetivar qualquer estratégia de intervenção ao nível académico, torna-se fundamental estreitar as relações entre o contexto familiar e o contexto escolar, nesse sentido, pais e professores devem comunicar de forma a definir objetivos realistas, dissipando culpas e trabalhando em conjunto para o bem-estar e sucesso destes alunos (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Estrutura da sala de aula - Um outro aspeto fundamental diz respeito à organização do ambiente vivido na sala de aula. Dessa forma, algumas das estratégias utilizadas dizem respeito à organização do próprio espaço (sendo a técnica mais comum, a aproximação dos alunos com PHDA para uma secretária junto do professor), a definição das regras da sala, bem como a atribuição de tarefas aos diferentes alunos para melhorar o seu comportamento e sua integração (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Exigência das tarefas - Tal como qualquer criança, também os alunos com PHDA, deverão ter tarefas com um nível de exigência adequado às suas reais capacidades. O trabalho independente deve ser operacionalizado em diferentes passos que o aluno deve ir realizando progressivamente (DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007). Um outro aspeto diz respeito ao *feedback*, que nos indivíduos com PHDA deve ser imediato, mais frequente, mais específico, e de preferência de forma continuada, de maneira a melhorar o seu desempenho (DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Técnicas de ensino - Ao nível das técnicas de ensino, deverá recorrer-se a diferentes estratégias de forma a promover a motivação destes alunos e evitar a sua saturação (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Por exemplo, Pffiner e Barkley (1998) sugerem que as aulas sejam dadas de uma forma entusiasta, num estilo orientado para as tarefas presentes e que permita participações ativas e frequentes por parte dos alunos. Os mesmos autores sugerem ainda, que existindo essa possibilidade, se devem promover momentos de exercício físico ou tentar desenvolver a maioria das temáticas académicas no período da manhã para assim prevenir a fadiga dos diferentes alunos.

Recursos Tecnológicos - Uma outra estratégia potencialmente eficaz para trabalhar com crianças com PHDA é o recurso ao computador. Nesse sentido, o computador parece ir de encontro às diferentes necessidades destas crianças, ao disponibilizar instruções passo a passo, ao organizar o conteúdo em porções mais reduzidas, ao fornecer um *feedback* imediato e ao permitir diferentes tentativas e avaliação das suas consequências, de forma a desenvolver o seu método de resolução de problemas (Wilkinson & Lagendijk, 2007)

Estas estratégias, mais do que controlar o comportamento das crianças com PHDA, devem ser promovidas com o grande objetivo de as envolver nas atividades académicas (Lopes, 2004). A regra final e aplicável a todos os alunos, é que mais do que corrigir, o professor deve-se preocupar em prevenir (DuPaul & Stoner, 2003). Mais do que ser reativo, o professor deverá ser proactivo, sendo que num primeiro momento, deve ser feita um levantamento dos problemas específicos, no sentido de adaptar as diferentes componentes da intervenção às necessidades existentes.

DuPaul e Stoner (2003) propõem que se inicie o treino de competências e métodos de estudo, sobretudo no final do primeiro ciclo, início do segundo ciclo, período em que os trabalhos de casa e projetos a longo prazo começam a ser mais exigentes.

Outro aspeto diz respeito às expectativas, já que segundo Wilkinson e Lagendijk (2007), torna-se fundamental adequar as mesmas no sentido de facilitar o sucesso escolar destas crianças, sem comprometimento da sua autoestima. Só assim será possível ajudá-las a lidar com as suas dificuldades, prevenindo o desenvolvimento de outros problemas ao nível comportamental ou emocional.

2.8.3. Intervenção ao nível comportamental

Este grupo de estratégias diz respeito ao comportamento do professor em resposta a situações de PHDA. Nesse sentido, trata-se de uma gestão efetiva de comportamentos através da aplicação de contingências (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Trata-se assim da forma clássica de modificação do comportamento, no sentido em que “procura controlar e moldar o comportamento através de mecanismos de influência exteriores” (Rebelo, 1997, p. 170).

Nesse sentido são utilizados 3 tipos de consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007):

O reforço positivo - Trata-se de uma consequência que incentiva a continuação do comportamento a que esta se segue. Os programas mais conhecidos na intervenção com crianças com PHDA são os programas de *token*, os contratos (entre professor e aluno) (Rebelo, 1997; Wilkinson & Lagendijk, 2007). DuPaul e Stoner (2003) realçam que estes reforços devem assumir sobretudo a forma de atividades e não tanto de recompensas físicas concretas. Os mesmos autores referem ainda que a utilização exclusiva de recompensas pode ser sentida como excessiva pela criança e desviar a sua atenção da tarefa em si. Assim, se necessário, os reforços podem e devem ser combinados com contingências negativas ligeiras e respetivo direcionar do comportamento, sendo que estas repreensões devem sempre ser feitas de uma forma breve, calma e, de preferência, em privado.

A extinção - Trata-se de ignorar determinado comportamento de forma planeada e de maneira a que este reduza a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

A punição - Trata-se de uma consequência negativa que pretende diminuir a frequência do comportamento a que esta se segue. Na intervenção na PHDA é comum assumir a forma de custo de resposta ou de *time-out* (Rebelo, 1997).

No que diz respeito à eficácia destas estratégias de intervenção, diferentes estudos parecem comprová-la (Wilkinson & Lagendijk, 2007), no entanto, o desafio persiste em conseguir integrar estes mesmos programas no funcionamento escolar regular. Nesse sentido, torna-se fundamental promover a autonomia de cada aluno, no sentido de que no futuro a criança seja capaz de autorregular o seu comportamento e assim conservar os resultados a longo prazo.

2.8.4. Intervenção ao nível cognitivo-comportamental

Segundo este modelo de intervenção, a mudança do comportamento seria conseguida através da progressiva mudança da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações.

No caso específico da hiperatividade, procura-se através desta abordagem desenvolver nas crianças as capacidades mentais atrás referidas e que são fundamentais para a inibição do comportamento.

Sendo assim, a abordagem cognitivo-comportamental aponta para a utilização de algumas técnicas fundamentais para a promoção da progressiva autorregulação por parte da criança hiperativa. São elas:

Auto monitorização - Com esta técnica, pretende-se ensinar à criança a capacidade de observar e controlar os seus comportamentos, registando-os.

Auto reforço - Consiste em ensinar a criança a aplicar reforços a si própria. Este auto-reforço pode tomar a forma de fichas ou cartões, ou fugindo um pouco ao aspeto mais material, de um incentivo verbal, em que a criança diz a si mesma que está a ir bem.

Auto-instrução - Também esta estratégia se destina ao desenvolvimento de uma autonomização do próprio indivíduo, com o objetivo de que seja o próprio a controlar o seu comportamento. Esta estratégia parte de uma demonstração por parte do educador, seguida de repetição por parte da criança, que progressivamente vai-se autonomizando na realização da tarefa, auto-instruindo-se em como fazer e, progressivamente, auto-avaliando-se e auto-reforçando-se.

Segundo DuPaul e Stoner (2003), o treino destas estratégias deveria ser uma constante na intervenção pedagógica a realizar ao longo do percurso escolar dos indivíduos com PHDA, sendo que as principais vantagens de utilização das mesmas, surgem em alunos mais velhos.

No entanto, estas estratégias não tendem a apresentar resultados tão positivos como as estratégias puramente comportamentais anteriormente apresentadas (Pelham, Wheeler & Cronis, 1998; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

2.8.5. Estratégias e técnicas práticas passíveis de utilização em contexto de sala de aula

Em sequência dos pontos anteriores achamos pertinente enumerar algumas estratégias exemplificativas de como operacionalizar as anteriores formas de intervenção.

Organização do ambiente de aprendizagem - As crianças com PHDA dão o melhor de si mesmas quando trabalham numa atmosfera tranquila, recebem uma atenção individualizada e estão inseridas numa turma reduzida.

- ✓ As turmas compostas por vários anos letivos são de evitar.
- ✓ Deve-se colocar na sala um cesto para que as crianças coloquem os brinquedos que tragam de casa.
- ✓ Selecionar devidamente o local para sentar o aluno e para este trabalhar.
- ✓ Colocar a criança nas primeiras filas, de preferência junto dos alunos mais tranquilos da sala e próximo do professor (ex. junto da sua secretária, para que este possa olhá-la diretamente nos olhos) e num local sem grandes fontes de distração (janelas, ventiladores...)
- ✓ Manter a área de trabalho livre de material desnecessário
- ✓ Desaconselhar estojos muito sofisticados que podem dispersar a atenção da criança
- ✓ Pode ser colocada uma capa aberta na vertical na carteira para isolar a criança de estímulos distratores quando está a fazer algo que exija maior concentração
- ✓ Pode ser útil utilizar “pisa-papéis” ou similares para fixar o material na secretária do aluno
- ✓ Criar na sala de aula um lugar tranquilo e com poucos estímulos para que a criança se acalme
- ✓ A criança deve ter a possibilidade de trabalhar numa carteira isolada sempre que faça trabalhos que requeiram maior concentração.
- ✓ Nas salas com mesas agrupadas, é importante que hajam algumas mesas isoladas para as crianças que necessitem de um ambiente sem grandes fontes de distração. Pode ser dada à criança a possibilidade de ser ela a decidir quando necessita desse espaço.

Regras - Estas crianças necessitam de um conjunto de regras claramente enunciadas e recordadas com regularidade mediante chamadas e “lembranças”. No início de cada dia escolar, devem-se lembrar as normas de funcionamento da aula e as consequências de incomodar os outros ou levantar-se da cadeira. As regras dirigidas de modo particular às crianças com PHDA devem ser comentadas em privado.

Rotina - As crianças com PHDA necessitam de rotinas e dificilmente encaram os imprevistos. O plano de cada dia deve ser claramente enunciado. Estas crianças necessitam de mais tempo para se adaptarem a cada mudança.

Listagens - A criança deve fazer listas relativas ao que tem que fazer em cada dia, aos seus deveres bem como ao material que necessita.

Planificação e auto supervisão - Por volta dos 8 anos, a criança já é capaz de elaborar um plano e comprovar o seu cumprimento. A criança deve ser ajudada a fazer uma revisão acerca do seu dia e a planificar as tarefas do dia seguinte.

A Importância das Sequências - As tarefas complexas ou longas devem ser divididas em pequenas tarefas. A criança deve ser ajudada a distribuir o tempo pela tarefa que tem, estabelecendo uma ordem de prioridades (ex: quando faz os deveres tende a passar muito tempo a pintar uma gravura e descuida a parte escrita). A criança pode necessitar da ajuda do adulto para organizar o seu pensamento – (ex: ser ajudada a relatar uma história com calma e dividida em partes, com frequentes perguntas para esclarecimento. Quando a criança lê um conto, no final da página deve ser convidada a parar e responder a perguntas acerca do que leu - o que se passou e o que ela imagina que vai acontecer a seguir. No final do dia, a criança deve ser incentivada a relatar alguma sequência da sua vida). Ex: se o professor entrega uma ficha de 4 perguntas à turma, poderá sugerir à criança hiperativa que, de cada vez que termine uma pergunta a venha mostrar ao professor. Assim, a criança sente-se mais motivada a cumprir um objetivo que está ao seu alcance, tem possibilidade de se movimentar um pouco (o levantar-se é importante para ela e favorece os outros momentos de concentração) e pode receber um reforço mais constante por parte do professor. O professor, nesses intervalos, vai felicitando o aluno por conseguir, dá-lhe instruções quanto à pergunta seguinte e pode

recordar a possibilidade da criança obter “1 ponto”/ 1 estrela no placard... quando terminar as 4 perguntas. Com o tempo vai sendo possível alargar mais os intervalos entre esses reforços. Com uma criança mais nova, pode-se mesmo recortar as fichas em partes mais pequenas de modo a que possa ir entregando uma de cada vez.

2.8.6. Estratégias para manter e focalizar a atenção

Quando o aluno tem dificuldade em terminar as tarefas:

- ✓ Colocar uma cartolina na parede para pintar/colocar pontos ou estrelas de cada vez que a criança termine uma tarefa – para além de funcionar como registo de bom comportamento, aumentará o rendimento do aluno e também funciona como pretexto para que se vá levantando para colocar a estrela e nesse intervalo possa “mexer-se”.
- ✓ Atribuir-lhe pontos – convertíveis regularmente em prémios simbólicos – de cada vez que consiga terminar uma tarefa.
- ✓ Colocar a criança junto da secretária do professor para reforçá-la enquanto trabalha.
- ✓ Permitir que a criança ocupe uma mesa mais isolada (ex: contra a parede) para os momentos que requerem mais concentração.
- ✓ Dar mais atenção à criança nos momentos em que esteja mais concentrada.
- ✓ Retirar a atenção/ignorar as condutas inadequadas e reforçar os comportamentos desejáveis (ex: ignorar de cada vez que se levante e olhá-la com aprovação de cada vez que esteja a trabalhar)
- ✓ Utilizar um tom de voz tranquilo mas firme
- ✓ Utilizar expressões enfáticas com frequência “preparem-se”, “já vão ver...”
- ✓ Estabelecer sempre o contacto ocular com o aluno
- ✓ As instruções a dar à criança devem ser curtas (repartidas em pequenas partes) e repetidas sistematicamente. Deve-se dizer claramente o que se pretende que ela faça e o que não se quer que ela faça.

As instruções longas não funcionam com crianças com PHDA. Estas crianças têm dificuldades em organizar a informação e, assim, o excesso de dados pode

confundi-las. Durante os primeiros anos de vida escolar, devem-se apresentar as tarefas de forma muito simples e numa série de passos. “Vai buscar uma folha limpa”, “agora tira a tua régua do teu estojo”, “coloca a régua na margem esquerda da folha” e “agora vai buscar uma caneta” Deve-se confirmar sempre junto da criança se ela compreendeu as instruções de forma a perceber se esta foi devidamente apreendida.

Auxiliar a Memória - Na aula devem-se associar o mais possível estímulos visuais aos estímulos verbais (exemplo: acompanhar a instrução “silêncio” de um desenho sugestivo). A utilização de listagens, palavras-chave, rimas, mnemónicas, lembretes, agendas, colantes, etc. deve ser incentivada.

Técnicas de Estudo - Estes alunos têm a tendência para ler mal as perguntas, distribuir mal o tempo e frequentemente têm dificuldades na expressão escrita e na caligrafia. Necessitam pois de ser ensinados a estudar, a tirar apontamentos, resumir, sublinhar, ler perguntas com cuidado, estruturar as respostas, distribuir bem o tempo.

Os trabalhos de casa devem ser acompanhados com orientações que os professores podem fornecer aos pais:

- ✓ Auxiliar a criança a organizar os deveres e a saber exatamente o que tem quer fazer (recorrer a notas deixadas em locais estratégicos...).
- ✓ Utilizar por exemplo um bloco de notas que funcione como meio de comunicação entre os pais e o professor.
- ✓ Decidir com a criança a melhor hora para fazer os deveres de forma a ter um bom nível de concentração.
- ✓ Estabelecer um local fixo para realizar os deveres (iluminado, sem televisão e com o material facilmente acessível).
- ✓ Permitir pausas (ex: meia hora de trabalho e depois um intervalo).
- ✓ Animar e supervisionar a criança, comentar os problemas, elogiar o trabalho conseguido.

Avaliação - Estas crianças tendem a ser muito negativas e não acreditam nos elogios que lhes fazem. O reforço positivo é fundamental para o seu progresso. É importante dar à criança frequentes provas da sua evolução (ex: “olha como escrevias no 1.º trimestre e

como escreves agora...”). O elogio deve ser específico. Em vez de dizer ” a tua composição está boa” é preferível dizer “gostei muito como descreveste a paisagem na tua composição”.

O problema da criança com PHDA não está na capacidade intelectual mas no seu rendimento. Dada a frequência dos problemas de aprendizagem associados, podem ser necessárias algumas adaptações no seu sistema de avaliação/condições especiais de avaliação:

- ✓ Mais tempo nos testes
- ✓ Facilitar que alguém possa ler as perguntas ou as escreva
- ✓ Permitir o acesso a computadores ou mesmo a gravações
- ✓ Frequentemente estas crianças surpreendem pela positiva quando são sujeitas a avaliações mais orais.
- ✓ Devem ser permitidos instrumentos de avaliação alternativa e estabelecidas expectativas realistas quanto aos resultados.

Reprovar ou não - Frequentemente estas crianças são menos maduras do ponto de vista emocional. À medida que o seu sistema nervoso central vai amadurecendo, muitos problemas de atenção, comportamento e aprendizagem ir-se-ão reduzindo.

Assim, o próprio percurso escolar deve ser encarado com tranquilidade. Pode ser recomendável um adiamento na entrada para a escolaridade obrigatória. Depois de iniciada a escolaridade, as reprovações sucessivas podem ser prejudiciais do ponto de vista emocional.

Aulas de apoio pedagógico - Uma vez que a PHDA se associa frequentemente a dificuldades específicas da aprendizagem, muitas crianças necessitam de apoio a nível das competências de leitura, escrita, matemática e linguagem. Contudo, não se deve sobrecarregar a criança com atividades académicas que podem aumentar a sua noção de fracasso e permitir o acesso a outro tipo de atividades extracurriculares (ex: natação, judo, futebol...).

2.8.7. Estratégias para lidar com dificuldades/conduitas problema frequentes nestas crianças

“Grita na sala de aula” Estas crianças podem falar muito alto, gritar e até fazer comentários inconvenientes o que é, com frequência, manifestação do seu carácter impulsivo. Perante essa situação, a criança deve ser chamada à atenção sem ser ridicularizada perante os colegas. Se a criança não assimilou a mensagem deve ser chamada à atenção de forma mais individualizada e ser lembrada acerca do que se espera dela. (ex. de cada vez que a criança grita, faz-se um sinal previamente combinado com a criança. Por cada 10 ou 20 minutos de controlo, poderá ter direito a um vale e, mais tarde, a um prémio. Também se pode combinar um sistema de deduções – começa a aula com 5 pontos e vai-se retirando. Se chega ao final da aula com algum ponto, tem direito a sair com os colegas. Caso contrário pode ficar mais tempo na sala). Estes gritos tendem a diminuir com os anos e revertem na adolescência.

“Não consegue estar quieto e toca em tudo” – Mesmo que se retire tudo do seu alcance, estas crianças arranjam sempre alguma coisa para manusear. Estas crianças têm, na verdade, muito dificuldades em permanecer tranquilas, quase que faz parte da sua natureza e há que contornar este problema, aceitando-o – ex. dar à criança algo em que mexer sem fazer ruido, (ex. uma bola de borracha, uma borracha, etc.):

- ✓ Evitar expor a criança hiperativa a situações que, à partida, se sabe que ela não poderá controlar – (ex: evitar as filas de espera para o refeitório, pedir que deixe os brinquedos que traz de casa numa caixa colocada à entrada da aula...).
- ✓ Dar à criança tarefas que impliquem atividade motora: (ex: enviar recados a outros professores, distribuir papéis aos companheiros, apagar o quadro).
- ✓ A criança hiperativa pode ser nomeada encarregada de fechar a porta da sala na hora do recreio para evitar que saia logo a correr para o intervalo de forma impulsiva.

É importante que o aluno com PHDA esteja consciente de que o professor valoriza os seus esforços para estar quieto e ter um bom rendimento. É pois necessário que o professor demonstre o seu interesse e sinalize as conquistas.

“Oscilações de humor” As mudanças de ambientes provocam grande instabilidade a estas crianças (ex: idas e vindas dos intervalos). É conveniente avisar a criança de que a aula vai terminar 5 minutos antes para que se possa ir habituando).

“Reações desproporcionadas” Estas crianças tendem a reagir de forma desproporcionada quando são provocadas. As situações de conflito devem ser analisadas com calma. A criança deve ser instruída a que, quando provocada, deve reagir calmamente, conter a resposta agressiva (ex: contar até 10) e pedir ajuda ao professor. Estas respostas explosivas vão desaparecendo e vai sendo possível ensinar respostas verbais à criança para se proteger das provocações por parte dos mais velhos.

2.8.8. Técnicas comportamentais aplicadas na aula

Prémios

Para reforçar os comportamentos positivos, os professores podem encontrar formas de compensar os alunos. Esses prémios podem ser conquistados sempre que o aluno atinja um patamar de “pontos /estrelas” previamente definidos pelo professor. Os pais da criança devem ser informados acerca dessas conquistas. Esses pontos podem ser conquistados individualmente ou em grupo (para a turma ou grupos – todos têm que conseguir o mesmo objetivo).

Exemplos de prémios:

- ✓ Apagar o quadro, fechar a porta à chave, entregar o material, fazer recados, ficar na sala a arrumar com o professor.
- ✓ Dedicar uma atenção especial ao aluno.
- ✓ Reconhecimento público perante outros professores, crianças e pais.
- ✓ Prémios conquistados pela turma: (10 minutos acrescidos de recreio, um fim de semana sem trabalhos de casa, um vídeo...).

É importante que a criança vá tendo provas dos seus progressos. Para isso aconselha-se a organização de registos de rendimento (ex: guardar a primeira cópia efetuada e compará-la com uma cópia realizada 3 meses depois e comentar a melhoria)

ou a organização de uma folha individual com autoregistros para colorir de cada vez que se consegue um objetivo.

Tempo fora da aula

Aplica-se nas situações em que o aluno tem um comportamento negativo para obter a atenção ou do professor e dos colegas. É dito previamente a toda a turma que sempre que alguém perturbe o funcionamento da aula poderá ter que sair da sala. Se essa situação acontecer, a criança é levada para fora da sala (no máximo durante 5 minutos). Ao fim desse tempo, um colega vai chamá-lo. A criança só recebe atenção do professor (e isso é muito importante) quando retomar de forma adequada o seu trabalho. Outras atitudes na aula para obter a atenção do professor (responder pelos outros, levantar-se constantemente sem terminar a tarefa, perguntar coisas que já sabe...) podem ser manuseadas através da ignorância sistemática desses comportamentos (o professor não olha, não fala, “faz de conta que não conhece a criança nessas alturas”. Quando a criança retomar um comportamento adequado, o professor redirege-lhe a sua atenção).

É importante aproveitar as situações difíceis e conflituosas para ajudar a criança a valorizar as consequências do seu comportamento e tentar que a criança imagine outras formas de abordar ou resolver os problemas.

2.8.9. Intervenção farmacológica

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

Na intervenção com indivíduos com PHDA utilizam-se três tipos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos. Os estimulantes são os mais largamente utilizados e referidos, por serem aqueles que se apresentam mais eficazes. Entre 50 a 95% das crianças medicadas com estimulantes apresentam melhoria no comportamento e no desempenho académico e social (DuPaul & Conner, 2002). Especificamente são descritos efeitos positivos na manutenção da atenção e na persistência do esforço para o trabalho; em sala de aula algumas crianças revelam

alterações tão grandes na realização das tarefas que o seu comportamento chega a parecer normal (DuPaul & Conner, 2002). Paralelamente 10 a 30 % das crianças tratadas não apresentam qualquer reação positiva à medicação, podendo em alguns casos haver agravamento do seu comportamento (Barkley, 2002).

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

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

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

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

Neste campo o professor tem um papel muito importante a desempenhar, através das informações que pode prestar aos pais ou aos médicos sobre os efeitos da medicação no comportamento das crianças, uma vez que estes medicamentos são mais ativos durante o período escolar. Mas o seu papel não se restringe apenas a este aspeto, ele pode ser decisivo em momentos anteriores ao início da prescrição da medicação, desde logo na avaliação que faz do comportamento das crianças que possa ser suspeito de um possível diagnóstico de PHDA. Neste caso o professor pode e deve encaminhar a criança para uma consulta da especialidade a fim de ser confirmado ou não o diagnóstico e de se aferir a necessidade da medicação. Quando a criança já é medicada, o professor pode ajudar no acerto da dosagem correta a tomar, uma vez que está numa posição privilegiada para detetar mudanças no controle do comportamento e no desempenho académico. O preenchimento de escalas da avaliação do comportamento é muito útil neste aspeto. Por último, estando a dosagem do medicamento definida, é importante que o professor continuar a monitorizar as alterações de comportamento, porque estas podem indicar necessidade de novo ajuste na dosagem da medicação (DuPaul & Stoner, 2007).

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

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

A intervenção farmacológica na PHDA envolve vários tipos de medicamentos que têm sido usados para melhorar a atenção e o funcionamento comportamental e académico de crianças com PHDA. De entre os vários tipos de medicação utilizados os estimulantes são os mais eficazes na gestão dos sintomas da PHDA. A resposta positiva ao medicamento evidencia melhorias significativas no tempo da atenção, no controle dos impulsos, no desempenho académico e no relacionamento com pares, em crianças com PHDA.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1. Definição do problema

De acordo com a literatura da especialidade, a PHDA, tem várias implicações ao nível do contexto escolar para a população com esta perturbação.

Muitas crianças com PHDA apresentam dificuldades a nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem (com uma incidência que varia entre os 35 e os 50%). Estas crianças têm um rendimento académico que pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais devido aos seus problemas de atenção, memória e escasso controlo dos impulsos.

Apresentam irrequietude motora: mexem-se frequentemente na cadeira, agitam braços e pernas, não respeitam a sua vez de falar e falam muito. Correm em locais que não devem e têm dificuldade em reservar-se ao silêncio.

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

Lidar com as características referidas, que não são mais do que a expressão dos sintomas relacionados com a PHDA, representa uma dificuldade acrescida para o próprio e para com quem tem de trabalhar com ele, especialmente em sala de aula onde, por norma, se pede o oposto. Desta forma, estas crianças são frequentemente associadas ao insucesso escolar, onde cerca de 40 a 50% tem um fraco desempenho académico.

As dificuldades que revelam estão relacionadas essencialmente com a falta de atenção, a impulsividade e a irrequietude motora. Perturbam o grupo com frequência, evidenciam dificuldades em persistir na tarefa, têm dificuldade em compreender as instruções do professor, (Ribeiro, 2008) e demonstram fracas competências de estudo, nomeadamente em relação à organização de cadernos e material escolar.

Apesar destas dificuldades, são crianças com bom potencial cognitivo, mas nem sempre vistas dessa forma, especialmente pelos professores. São vistas como

“preguiçosas” e “mal-educadas”, são mandadas calar frequentemente, são menos questionadas, menos elogiadas e mais criticadas e muitas vezes são postas de lado, sem se procurar saber quais as razões que estão na base de determinados comportamentos por elas desencadeados.

Nos últimos anos, resultado das sucessivas alterações legislativas, da aposta na reciclagem e formação contínua dos professores que se encontram no terreno, e da formação especializada em educação especial que muitos professores têm vindo a fazer, registaram-se alterações na resposta dada aos alunos com PHDA nas nossas escolas.

Depois de refletirmos sobre estes fatores surge a questão:

- **Qual é atualmente o nível de conhecimentos e quais percepções que os professores dos diferentes ciclos do Ensino Básico têm perante a criança com PHDA?**

Tentar-se-á dar resposta a esta questão estudando a realidade concreta dos professores do agrupamento de escolas no qual o investigador estará a lecionar no ano letivo 2012/2013.

3.2. Definição das hipóteses

H1 - Os professores do 1º CEB apresentam melhores conhecimentos e conceções em relação à criança com PHDA;

H2 - Os professores do 2º CEB apresentam melhores conhecimentos e conceções em relação à criança com PHDA;

H3 - Os professores do 3º CEB apresentam melhores conhecimentos e conceções em relação à criança com PHDA;

H4 - Os professores mais experientes apresentam melhores conhecimentos e conceções em relação à criança com PHDA;

H5 - Os professores especializados em Educação Especial apresentam melhores conhecimentos e conceções em relação à criança com PHDA;

3.3. Definição das variáveis

H1

- **Variável Dependente:** conhecimentos e concepções perante a PHDA
- **Variável Independente:** professor do 1º CEB

H2

- **Variável Dependente:** conhecimentos e concepções perante a PHDA
- **Variável Independente:** professor do 2º CEB

H3

- **Variável Dependente:** conhecimentos e concepções perante a PHDA
- **Variável Independente:** professor do 3º CEB

H4

- **Variável Dependente:** conhecimentos e concepções perante a PHDA
- **Variável Independente:** experiência profissional

H5

- **Variável Dependente:** conhecimentos e concepções perante a PHDA
- **Variável Independente:** especialização em Educação Especial

3.4. Metodologia de Investigação

O instrumento utilizado foi o inquérito por questionário (anexo 1) constituído por perguntas fechadas. Foram enviados questionários a todos os professores do Ensino Básico (1º, 2º e 3º Ciclos) a lecionar na Escola Básica Integrada da Praia da Vitória. O questionário foi disponibilizado *online* no *Google Docs*. Utilizou-se esta técnica por ser adequada para inquirir um grande número de pessoas e permitir recolher informações que tiveram como objetivo obter dados quantitativos.

Foi feito um pedido ao presidente do Conselho Executivo da Escola Básica Integrada para este autorizasse o estudo. Além da referida autorização o Presidente do Conselho Executivo disponibilizou o correio eletrónico oficial para distribuir o questionário pelos vários coordenadores de departamento sendo que estes, por sua vez,

os fizeram chegar a todos os docentes dos respetivos departamentos, seguindo-se assim a hierarquia administrativa da escola.

Na aplicação do questionário foram tidas em conta algumas considerações, a saber: os questionários foram aplicados por administração indireta e sem presença do inquiridor; os Professores foram informados sobre os objetivos do questionário e de que as informações recolhidas só seriam utilizadas para efeitos de pesquisa, assim como as respostas seriam totalmente confidenciais.

O questionário foi organizado em duas partes. A primeira - dados do Professor, que permitiu caracterizar a amostra; a segunda - conceções e conhecimentos traduzidas no diagnóstico, formas de intervenção e práticas educativas sobre PHDA, que permitiu compararmos os grupos e desenvolver o estudo.

Este estudo apresentar-se-á sobretudo exploratório e descritivo com uma análise quantitativa e correlacional dos resultados, utilizando dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações entre os docentes dos 3 ciclos de ensino estudados, assim como relacionar esses dados em função de fatores como experiência profissional, contacto com crianças com PHDA, formação especializada, entre outros.

Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizadas a folha de cálculo do *Google Docs* e o *Microsoft Office Excel 2010*.

Os dados foram tratados através da análise de conteúdos, uma vez que é uma técnica de investigação que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo.

3.5. Apresentação da amostra

A população do estudo que aqui apresentamos é constituída por cento e noventa (N=190) professores do Ensino Básico (1º, 2º e 3º Ciclos) com vários níveis de experiência de ensino, a lecionar na Escola Básica Integrada da Praia da Vitória, concelho da Praia da Vitória, Ilha Terceira, Região Autónoma dos Açores. Os participantes responderam a um questionário confidencial, com o objetivo de desenvolver um estudo sobre conhecimentos e conceções sobre a PHDA. A decisão pelo concelho da Praia da Vitória e respetiva Escola Básica Integrada foi por

conveniência do autor do presente estudo, uma vez que aí reside e exerce a sua atividade profissional.

De um total de cento e noventa (N=190) inquéritos enviados, foram recebidos setenta e sete (N=77), o que corresponde a uma percentagem de devolução de 40,5%.

A amostra desta investigação é uma amostra de conveniência, não representando por isso, o universo da população estudada, ou seja, todos os professores do Ensino Básico. A validade dos resultados obtidos limita-se, por isso, aos sujeitos da amostra.

CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização geral da amostra

Tabela 1 – Distribuição geral dos professores por sexo, idade, tempo de serviço e situação profissional

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	21	27
Feminino	56	73
Idade		
< 30	4	5
30 a 40	49	64
41 a 50	17	22
> 50	7	9
Tempo de serviço		
< 5 anos	8	10
5 a 10 anos	21	27
11 a 20 anos	34	45
> 20 anos	14	18
Situação profissional		
Professor do quadro	51	66
Professor em regime de contrato	26	34

Através da tabela 1 podemos verificar que 73% dos participantes são professores do sexo feminino e 27% são professores do sexo masculino.

No que diz respeito à idade, verificamos que o intervalo que abrange maior número de professores é o que se situa entre os 30 e os 40 anos de idade, representando 64% (N=49) dos sujeitos inquiridos. Verificamos ainda que 45% dos professores (N=34) têm entre 11 a 20 anos de tempo de serviço, sendo este o intervalo que abrange maior número. É de notar a existência de 10% (N=8) de professores que apresentam menos de 5 anos de serviço, contrastando com 18% (N=14) de professores com muita experiência de ensino (mais de 20 anos).

Em relação à situação profissional, 66% (N=51) são professores do quadro de escola ou agrupamento, enquanto 34% (N=26) são professores em regime de contrato. Tendo em conta o tempo de serviço e idade dos sujeitos, estes valores vão de encontro ao esperado.

Tabela 2 – Distribuição por habilitações académicas, formação e integração de alunos PHDA

Variável	N	%
Nível de Ensino lecionado		
1º Ciclo do E. Básico	39	50
2º Ciclo do E. Básico	19	25
3º Ciclo do E. Básico	19	25
Habilitações académicas		
Bacharelato	1	1
Licenciatura	65	85
Mestrado	11	14
Doutoramento	0	0
Formação especializada em Ed. Especial		
Sim	11	14
Não	66	86
Durante o percurso profissional fez formação contínua específica sobre PHDA		
Sim	10	23

Não	67	77
Já teve integrado na sala de aula algum aluno com PHDA?		
Sim	61	79
Não	19	21

Através da tabela 2 podemos verificar que a maioria dos professores participantes no estudo, 50%, leciona no 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo que os restantes 50% distribuem-se igualmente pelos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico.

Constatamos também que a maioria dos professores inquiridos, 85% (N=65) é licenciada. A amostra apresenta 14% (N=11) de professores com mestrado e apenas 1% (N=1) têm como habilitação o bacharelato. A amostra não contém professores habilitados com doutoramento.

Em relação à formação especializada em Educação Especial, 14% dos inquiridos (N=11) são especializados, sendo que 86% (N=66) não o são.

Relativamente a formação contínua específica sobre PHDA realizada durante o percurso profissional 23% (N=10) do total dos professores frequentaram formação específica, sendo que 77% (N=67) não o fizeram.

No que diz respeito ao facto de já terem experiência com alunos PHDA, constatamos que a maioria dos docentes 79% (N=61), já teve alunos com esta problemática integrados em contexto de sala de aula, contra 21% (N=16) que responderam negativamente.

4.2. Caracterização da amostra por ciclos de leção

Numa análise mais pormenorizada podemos ver a categorização de cada um dos grupos profissionais nas tabelas 3, 4 e 5, respetivamente, para os professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico.

Tabela 3 – Distribuição geral dos professores do 1º Ciclo do E. Básico por sexo, idade, tempo de serviço, situação profissional, habilitações e formações

Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico (N=39)		
Variável	N	%
Sexo		
Masculino	6	15%
Feminino	33	85%
Idade		
< 30	2	5%
De 30 a 40	26	67%
De 41 a 50	8	21%
> 50	3	8%
Tempo de Serviço		
< 5	2	5%
De 5 a 10	12	31%
De 11 a 20	18	46%
> 20	7	18%
Situação Profissional		
Prof. do quadro	28	72%
Prof. a contrato	11	28%
Habilitações Académicas		
Bacharelato	0	0%
Licenciatura	32	82%
Mestrado	7	18%
Doutoramento	0	0%
Formação Especializada em Ed. Especial		
Sim	11	28%
Não	28	72%
Formação Contínua sobre PHDA		
Sim	8	21%
Não	31	79%
Experiência com alunos integrados PHDA		
Sim	30	77%
Não	9	23%

Através da análise dos dados da tabela 3, e relativamente aos profissionais que lecionam no 1º Ciclo do Ensino Básico, na sua grande maioria, 85%, são do sexo feminino (N=33), sendo este o grupo com a maior percentagem de elementos do sexo feminino. Apenas 15% (N=6) são do sexo masculino.

A faixa etária mais representativa é, à semelhança da distribuição geral, a que se situa entre os 30 a 40 anos com 67% (N=26), seguida de 41 a 50 com 21% (N=8) e das faixas etárias correspondentes a menos de 30 e mais de 50 respetivamente com 5% (N=2) e 8% (N=3). No que diz respeito ao tempo de serviço destes profissionais 46% têm de 11 a 20 anos (N=18), 31% (N=12) de 5 a 10 anos, 18% mais de 20 (N=7) e apenas 5% (N=2) têm menos de 5 anos de serviço.

No que diz respeito à situação/estabilidade profissional, a grande maioria, 72% (N=28) são docentes do quadro, enquanto 28% (N=11) são docentes contratados a termo. Em relação às habilitações profissionais 52% (N=32) são detentores de licenciatura e cerca de 18% (N=7) são mestrados.

Neste grupo temos também 28% (N=11) de professores especializados em Educação Especial e 72% (N=28) de professores que não são especializados. A grande maioria, cerca de 79% (N=31) não fizeram, em qualquer momento das suas carreiras, formação específica sobre PHDA, enquanto 21% (N=8) afirmam já o ter feito. No entanto, 77% (N=30) já tiveram contato com alunos com PHDA inseridos ou integrados nas suas turmas.

Tabela 4 – Distribuição geral dos professores do 2º Ciclo do E. Básico por sexo, idade, tempo de serviço, situação profissional, habilitações e formações

Professores do 2º Ciclo do Ensino Básico (N=19)		
Variável	N	%
Sexo		
Masculino	9	47%
Feminino	10	53%
Idade		
< 30	1	5%
De 30 a 40	11	58%
De 41 a 50	3	32%

> 50	1	5%
Tempo de Serviço		
< 5	2	11%
De 5 a 10	6	32%
De 11 a 20	8	42%
> 20	3	16%
Situação Profissional		
Prof. do quadro	12	63%
Prof. a contrato	7	37%
Habilitações Académicas		
Bacharelato	1	5%
Licenciatura	17	90%
Mestrado	1	5%
Doutoramento	0	0%
Formação Especializada em Ed. Especial		
Sim	0	0%
Não	19	100%
Formação Contínua sobre PHDA		
Sim	2	11%
Não	17	89%
Experiência com alunos integrados PHDA		
Sim	17	89%
Não	2	11%

Relativamente aos profissionais do 2º Ciclo do Ensino Básico, estes são os que apresentam a menor diferença entre géneros, 53% (N=10) e 47% (N=9) respetivamente para os sexos feminino e masculino.

A faixa etária dos 30 aos 40 continua a ser a que tem a presença mais forte, 58% (N=11), seguida dos 41 aos 50 com 32% (N=3). Os opostos, menos de 5 anos e mais de 20 anos, apresentam valores semelhantes, 5% (N=1). No que diz respeito à experiência profissional, 42% (N=8) têm entre 11 e 20 anos de serviço, 32% (N=6) de 5 a 10 anos e, 16% (N=3) mais de 20 anos de experiência. Apenas 11% (N=2) dos docentes têm menos de 5 anos de serviço. Na sua grande maioria, 63% (N=12) são professores do quadro de escola, enquanto 37% (N=7) são professores contratados a termo.

No que diz respeito às habilitações académicas, 90% (N=17), são licenciados, sendo que apenas um docente, 5% (N=1), é mestrado, sendo este o valor mais baixo dos 3 níveis de docência. Este grupo é também o único que apresenta um docente, 5%

(N=1) com bacharelato. Relativamente a formação contínua sobre PHDA, 89% (N=17) nunca a frequentaram, enquanto 11% (N=2) frequentaram. Da mesma forma, 89% (N=17) afirmam ter, ao longo da carreira, experiência com alunos PHDA integrados nas suas turmas, enquanto 11% (N=2) nunca o tiveram.

Tabela 5 – Distribuição geral dos professores do 3º Ciclo do E. Básico por sexo, idade, tempo de serviço, situação profissional, habilitações e formações

Professores do 3º Ciclo do Ensino Básico (N=19)		
Variável	N	%
Sexo		
Masculino	6	32%
Feminino	13	68%
Idade		
< 30	1	5%
De 30 a 40	12	63%
De 41 a 50	3	16%
> 50	3	16%
Tempo de Serviço		
< 5	4	21%
De 5 a 10	3	16%
De 11 a 20	8	42%
> 20	4	21%
Situação Profissional		
Prof. do quadro	11	58%
Prof. a contrato	8	42%
Habilitações Académicas		
Bacharelato	0	0%
Licenciatura	16	84%
Mestrado	3	16%
Doutoramento	0	0%
Formação Especializada em Ed. Especial		
Sim	0	0%
Não	19	100%
Formação Contínua sobre PHDA		
Sim	0	0%
Não	19	100%
Experiência com alunos integrados PHDA		
Sim	14	74%
Não	5	26%

No que diz respeito aos profissionais do 3º Ciclo do Ensino Básico, e em relação ao género, 68% (N=13) são do sexo feminino, enquanto 32% (N=6) são do sexo masculino. A faixa etária mais observada, à semelhança dos restantes grupo, é a que compreende os 30 a 40 anos com 63% (N=12). Em relação à experiência profissional, a tendência mantém-se, sendo a categoria de 11 a 20, 42% (N=8) anos a mais notória. No que diz respeito à estabilidade profissional, traduzida na situação profissional, este grupo é o que apresenta valores mais próximos, com 58% (N=11) de docentes do quadro e 42% (N=8) de docentes em regime de contrato a termo.

Relativamente às habilitações académicas, a grande maioria, 84% (N=16) são licenciados, enquanto 16% (N=3) estão habilitados com mestrado. Este grupo, e à semelhança do grupo do 2º Ciclo do Ensino Básico, também não contém professores especializados em Educação Especial. Outra variável em que este grupo se destaca é na formação contínua sobre PHDA, na qual todos os sujeitos indicaram não ter frequentado. No entanto, 74% (N=14) dos docentes já tiverem integrados nas suas salas de aula alunos com PHDA.

Podemos constatar que, no geral, o grupo é bastante homogéneo. No entanto, existem algumas diferenças que devem ser registadas. No que diz respeito à variável sexo, enquanto no 1º e 3º Ciclos os sujeitos são maioritariamente do sexo feminino (85% e 68%, respetivamente), no 2º Ciclo a diferença entre masculino e feminino esbate-se (47% e 53%, respetivamente).

Outra diferença, porventura a mais relevante para o nosso estudo, prende-se com o facto de que apenas na amostra de docentes do 1º Ciclo encontramos especializados em Educação Especial (28%). Isto não significa que na população não existam docentes especializados dos 2º e 3º Ciclos, apenas não encontramos nenhum na nossa amostra.

Em relação a Formação Contínua Específica sobre PHDA durante o percurso profissional, 21% dos docentes do 1º Ciclo responderam que frequentaram formação, assim como 11% dos docentes do 2º Ciclo, enquanto no 3º Ciclo nenhum dos docentes da amostra afirmou ter tido Formação Específica.

4.3. Análise dos resultados

Contato e Gravidade da PHDA

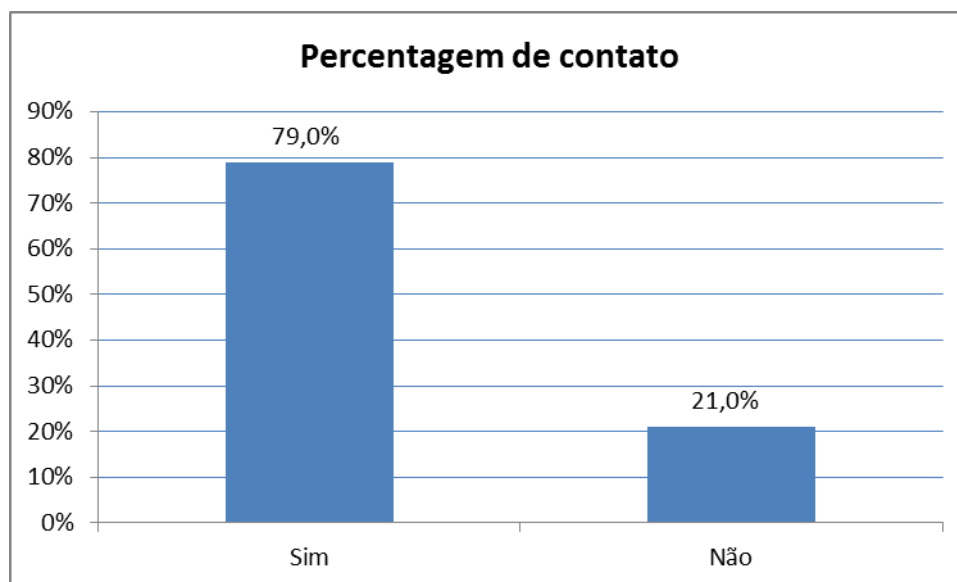


gráfico 1 – Percentagem de contato dos inquiridos com crianças com PHDA

No que diz respeito ao contato com alunos com PHDA, traduzido no facto de já terem ou não alunos com esta problemática nas suas salas de aula, a maioria dos docentes (79%) responderam afirmativamente. Apenas 21% dos docentes inquiridos não tiveram contato em contexto de sala de aula com alunos com PHDA.

Tabela 6 - análise descritiva da frequência de contato em função do nível de ensino lecionado

Nível de ensino	N	Sim	Não
1º CEB	39	77%	23%
2º CEB	19	89%	11%
3º CEB	19	74%	26%

Analisando a frequência de contato por nível de ensino lecionado, os valores apresentam-se muito semelhantes, distinguindo-se, ligeiramente, os professores do 2º Ciclo do Ensino Básico com 89% de contato.

Tabela 7 - análise descritiva da frequência de contato em função da experiência profissional

Nível de ensino	N	Sim	Não
Menos de 5	8	50%	50%
5 a 10	21	86%	14%
11 a 20	34	82%	18%
Mais de 20	14	79%	21%

No que diz respeito à frequência de contato em relação à experiência profissional, verificamos que o grupo dos professores menos experientes é o que indica uma menor frequência de contato (50%), sendo que os restantes grupos revelam frequências de contato bastante elevadas.

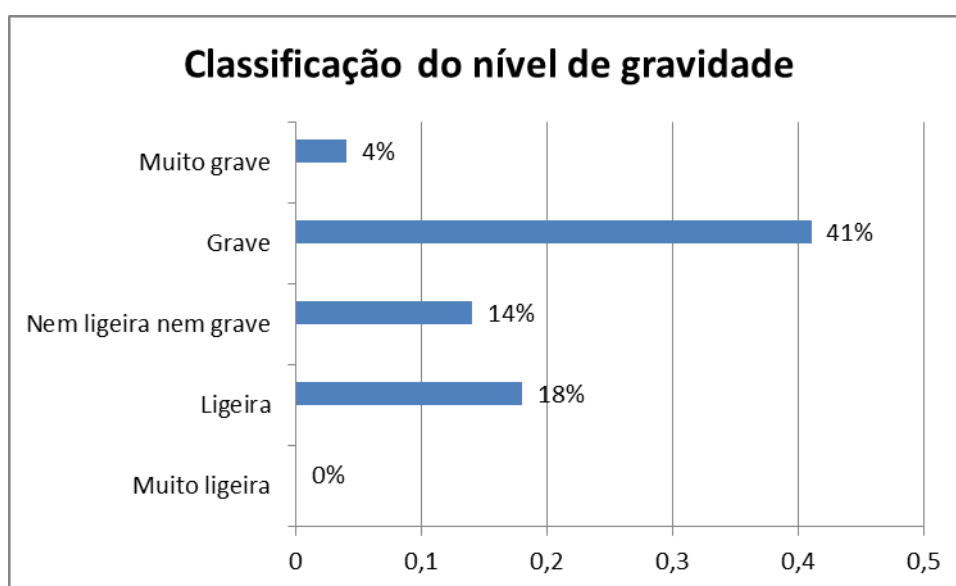


gráfico 2 – classificação do nível de gravidade da PHDA

No que diz respeito à gravidade, a maioria dos inquiridos consideram esta patologia como “grave” (41,%), 18% consideram-na “ligeira”, 14% como “nem ligeira nem grave” e 4% como “muito grave”.

Tabela 8 - análise descritiva da gravidade da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Nível de ensino	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1º CEB	39	2	5	3,62	0,85
2º CEB	19	2	4	3,31	0,89
3º CEB	19	2	5	3,05	0,97

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

Numa análise das médias do nível de gravidade em função do nível de ensino lecionado, verifica-se na tabela 8, que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico são os que indicam um maior nível de gravidade desta perturbação (M=3,62), sendo que a tendência seja para diminuir à medida que aumenta o nível de ensino lecionado, (M=3,31) e (M=3,05) para os 2º e 3º Ciclos, respetivamente.

Tabela 9 – análise descritiva da gravidade da PHDA em função da experiência profissional

Experiência	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Menos 5	8	2	5	3,75	0,87
5 a 10	21	2	4	3,24	0,89
11 a 20	34	2	5	3,12	1,01
Mais de 20	14	2	4	3,93	0,65

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

Relativamente ao nível de gravidade em função da experiência profissional dos docentes, expressa em anos de serviço, verificamos que são os docentes que se encontram nos opostos das suas carreiras profissionais que apresentam as médias mais altas (M=3,75) para os docentes em início de carreira, (M=3,93) no que diz respeito aos docentes com mais de 20 anos de serviço. Os docentes com 11 a 20 anos apresentam a média mais baixa (M=3,12), no entanto com um desvio padrão algo elevado (1,01).

Tabela 10 – análise descritiva da gravidade da PHDA em função da formação especializada

Formação	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sim	11	2	4	3,63	0,67
Não	66	2	5	3,36	0,94

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

Pela análise da tabela 10, concluímos que os professores com formação especializada em Educação Especial consideram a problemática mais grave (M=3,63) do que aqueles que não têm Formação Especializada (M=3,36). No entanto as diferenças entre estes dois grupos não são muito significativas.

Sintomas, diagnóstico e prevalência

Tabela 11 – análise geral descritiva da gravidade atribuída às diferentes características da PHDA

Características	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Agressividade	77	1	5	3,14	1,18
Teimosia	77	1	5	3,40	0,92
Atividade motora excessiva	77	1	5	3,84	0,89
Falta de atenção	77	1	5	4,08	0,81
Impulsividade	77	1	5	3,70	1,00
Irritabilidade	77	1	5	3,47	0,91
Atraso global de desenvolvimento	77	1	5	3,16	0,99
Má educação	77	1	5	3,04	1,28

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

No que diz respeito à gravidade das principais características da criança com PHDA, no geral, foram consideradas como as mais graves a “Falta de Atenção” (M=4,08) seguida da “Atividade Motora Excessiva” (M=3,84).

As características que apresentam os valores de gravidade mais baixos são a “Má Educação” (M=3,04) seguidas da “Agressividade” e do “Atraso Global de Desenvolvimento” com médias de 3,14 e 3,16, respetivamente.

Tabela 12 – média da gravidade atribuída a cada característica da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Características	1º CEB (N=39)		2º CEB (N=19)		3º CEB (N=19)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Agressividade	3,51	1,23	3,32	0,89	2,42	1,07
Teimosia	3,38	1,02	3,42	0,69	3,42	0,96
Atividade motora excessiva	4,03	0,78	3,79	0,98	3,53	0,96
Falta de atenção	4,26	0,72	4,00	0,94	3,79	0,79
Impulsividade	3,36	1,00	3,79	0,92	3,26	0,99
Irritabilidade	3,13	0,96	3,42	0,69	3,16	0,96
Atraso global de desenvolvimento	3,18	1,14	3,16	0,83	3,11	0,81
Má educação	2,97	1,34	3,47	1,12	2,74	1,24

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

Os docentes do 1º ciclo do Ensino Básico consideram a “Falta de Atenção” como a característica mais grave na criança com PHDA (M=4,26) seguida da “Atividade Motora Excessiva” (M=4,03). Por outro lado, referiram a “Má Educação” como a características menos grave (M=2,97).

Em relação aos docentes do 2º Ciclo, a “Falta de Atenção” é a característica com as médias mais elevada (M=4,00), sendo que a “Atraso Global de Desenvolvimento” apresenta a média mais baixa (M=3,16).

Os docentes do 3º Ciclo referem, à semelhança dos restantes docentes, a “Falta de Atenção” (M=3,79) e a “Má Educação” (M=2,74).

Tabela 13 – média da gravidade atribuída a cada característica da PHDA em função da experiência profissional

Características	<5 (N=8)		5 a 10 (N=21)		11 a 20 (N=34)		>20 (N=14)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Agressividade	3,13	1,30	3,19	1,12	3,12	1,25	3,00	1,11
Teimosia	4,38	0,92	3,43	0,93	3,50	0,99	3,14	0,77
Atividade motora excessiva	3,00	1,41	4,14	0,85	3,91	0,75	3,71	0,61
Falta de atenção	3,50	1,07	4,24	0,89	4,18	0,63	3,93	0,83
Impulsividade	3,00	1,20	3,76	1,18	3,97	0,76	3,36	0,93
Irritabilidade	3,38	1,06	3,52	1,03	3,47	0,90	3,43	0,76
Atraso global de desenvolvimento	3,50	1,27	3,24	0,94	3,03	1,03	3,14	0,86
Má educação	3,00	1,60	2,71	1,19	3,06	1,32	3,50	1,09

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

No que diz respeito aos docentes com menos experiência profissional, a média mais alta refere-se à “Teimosia” (M=4,38). A “Atividade Motora Excessiva”, “Impulsividade” e “Má educação” apresentam as médias mais baixas, todas com 3,00.

Nos docentes que compreendem os 5 a 10 anos de experiência profissional as médias mais altas referem-se à “Falta de Atenção” (M=4,24) e “Atividade Motora Excessiva” (M=4,14). A média mais baixa aparece na “Má educação” (M=2,71).

Na faixa que compreende os 11 a 20 anos a média mais alta registou-se no item “Falta de Atenção” (M=4,18) enquanto a mais baixa se registou no item “Atraso Global de Desenvolvimento”.

Relativamente aos professores mais experientes, a “Falta de Atenção” registou a média mais elevada (M=3,93). As características “Teimosia” e “Atraso Global de Desenvolvimento” registaram as médias mais baixas, ambas com o mesmo valor (M=3,14).

Tabela 14 – média da gravidade atribuída a cada característica da PHDA em função da especialização em Educação Especial

Características	Especializados (N=11)				Não Especializados (N=66)			
	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão
Agressividade	1	5	3,09	1,45	1	5	3,15	1,14
Teimosia	2	5	3,55	0,93	1	5	3,93	0,93
Atividade motora excessiva	1	5	3,91	1,22	1	5	3,83	0,83
Falta de atenção	1	5	4,09	1,14	1	5	4,08	0,75
Impulsividade	1	5	3,55	1,57	1	5	3,73	0,89
Irritabilidade	1	5	3,45	1,13	1	5	3,47	0,88
Atraso desenvolvimento	1	5	2,82	1,17	1	5	3,21	0,95
Má educação	1	5	2,73	1,42	1	5	3,09	1,26

1 – Muito ligeira 2 – Ligeira 3 – Nem ligeira nem grave 4 – Grave 5 – Muito grave

Analisando as respostas do grupo dos professores especializados presentes na tabela 14, surge a “Falta de Atenção” com a média mais elevada (M= 4,09). Os itens

“Atraso de Desenvolvimento” e “Má Educação” aparecem com as médias mais baixas, (M=2,82) e (M=2,73), respetivamente.

No grupo de docentes não especializados surge de novo a “Falta de Atenção” com a média mais elevada (M= 4,08). No lado oposto surge a “Má Educação” com a média mais baixa (3,09).

É de salientar, neste grupo, os desvio padrão que são relativamente mais altos no grupo dos especializados em relação ao grupo dos não especializados, o que reflete uma maior dispersão nas respostas do primeiro grupo.

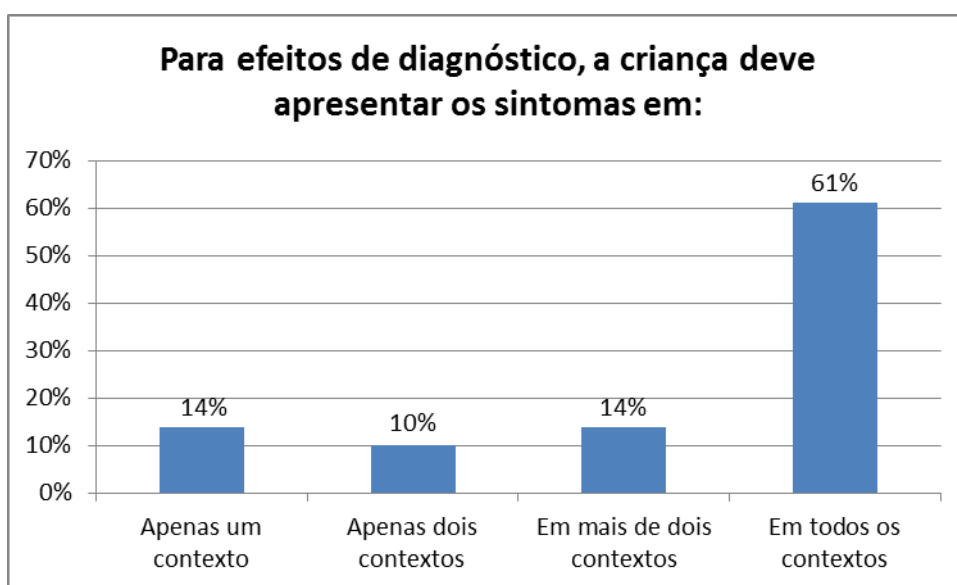


gráfico 3 – apresentação de sintomas para efeitos de diagnóstico

No que diz respeito ao número de contextos (casa/escola/grupo de amigos) em que os sintomas se devem apresentar para efeitos de diagnóstico da PHDA a grande maioria dos inquiridos (61%) assinalou que estes se devem apresentar em todos os contextos. 14% assinalaram em mais de 2 contextos, assim como em apenas um contexto. Apenas 10% assinalaram que os sintomas se devem apresentar em apenas dois contextos.

Tabela 15 – análise da apresentação de sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível de ensino lecionado

Nº contextos	1º CEB		2º CEB		3º CEB	
	N	%	N	%	N	%
Apenas um contexto	2	5%	3	16%	6	32%
Apenas 2 contextos	5	13%	2	11%	1	5%
Mais de dois contextos	7	18%	2	11%	2	11%
Todos os contextos	25	64%	12	63%	10	52%
Total	39	100%	19	100%	19	100%

Analisando a apresentação dos contextos para diagnóstico da PHDA por níveis de ensino verifica-se que a maioria dos docentes do 1º e 2º Ciclos assinalaram que estes se devem apresentar em todos os contextos, com 64% e 63% respetivamente. A grande diferença entre estes dois ciclos encontra-se na variável “apenas um contexto”, na qual assinalaram 5% e 16%, respetivamente. Relativamente aos docentes do 3º CEB, as respostas concentraram-se maioritariamente por “todos os contextos” com 52% e, sendo esta a grande diferença entre os vários grupos, em “apenas um contexto” com 32%.

Tabela 16 – análise dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível da experiência profissional

Nº contextos	<5		5 a 10		11 a 20		>20	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Apenas um contexto	1	13%	2	10%	4	12%	4	29%
Apenas 2 contextos	1	13%	1	5%	5	15%	1	7%
Mais de dois contextos	0	0%	5	23%	4	12%	2	14%
Todos os contextos	6	74%	13	62%	21	62%	7	50%
Total	8	100%	21	100%	34	100%	14	100%

Em relação à experiência profissional, os docentes com menos anos de serviço assinalaram maioritariamente “em todos os contextos” (74%), sendo que nenhum docente assinalou “em mais de 2 contextos”. Os docentes que têm entre 5 a 10 anos de experiência assinalaram, na sua maioria, “em todos os contextos” e “em mais de dois contextos”, com 62% e 23% respetivamente. Entre os docentes com 11 a 20 anos de serviço 62% assinalaram “em todos os contextos, sendo que as restantes respostas deste grupo estão equitativamente distribuídas pelas restantes variáveis. Foi no grupo dos professores com mais experiência profissional que se registaram as maiores discrepâncias, sendo que a maioria das respostas estão nos opostos, “apenas um contexto” e “em todos os contextos” com 29% e 50%, respetivamente.

Tabela 17 – análise dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da formação especializada em Educação Especial

Nº contextos	Especializados		Não especializados	
	N	%	N	%
Apenas um contexto	1	9%	10	15%
Apenas 2 contextos	2	18%	6	9%
Mais de dois contextos	3	27%	8	12%
Todos os contextos	5	46%	42	64%
Total	11	100%	66	100%

Fazendo a análise em função do facto de os docentes serem ou não especializados em Educação Especial, em ambos os grupos a maioria das respostas concentrou-se no item “em todos os contextos”, no entanto com percentagens bastante divergentes, 46% e 64%, respetivamente para os especializados e para os não especializados. A resposta menos valorizada foi, para os especializados, “apenas um contexto”, com 9%, enquanto para os não especializados foi “apenas dois contextos” com 9%.

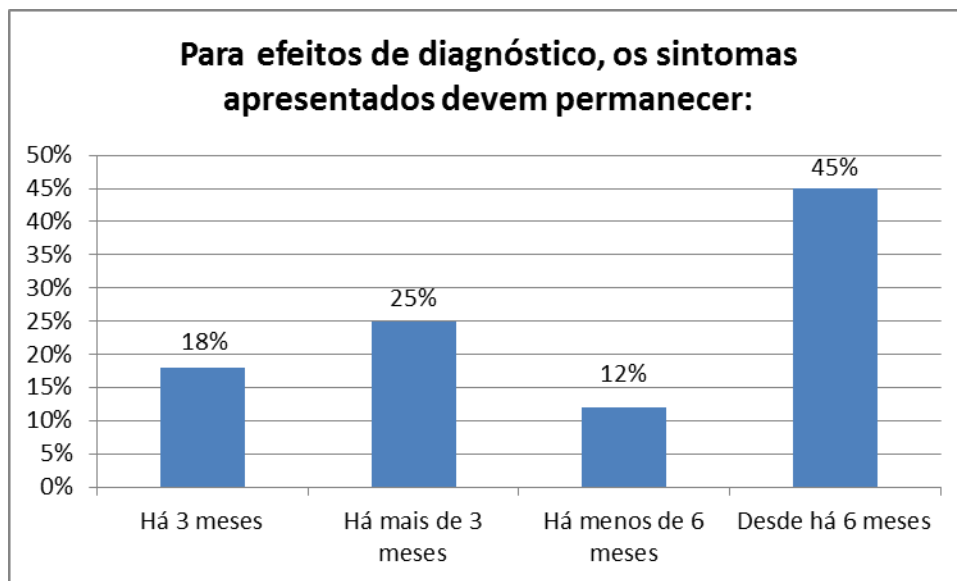


gráfico 4 – permanência dos sintomas para efeitos de diagnóstico

A maioria dos inquiridos do nosso estudo, 45%, assinalou que, para efeitos de diagnóstico, os sintomas apresentados pela criança devem permanecer desde há 6 meses. O segundo item mais assinalado foi “há mais de 3 meses” com 25%, seguidos de “há 3 meses” e há menos de 6 meses” com 18% e 12%, respetivamente.

Tabela 18 – análise da permanência dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível de ensino lecionado

Tempo de permanência	1º CEB		2º CEB		3º CEB	
	N	%	N	%	N	%
Permanecer há 3 meses	7	18%	2	11%	5	26%
Permanecer há mais de 3 meses	10	26%	6	32%	3	16%
Permanecer há menos de 6 meses	4	10%	4	21%	1	5%
Permanecer desde há 6 meses	18	46%	7	36%	10	53%
Total	39	100%	19	100%	19	100%

Relativamente à análise por nível de ensino leccionado, nos três grupos de docentes foi assinalado, maioritariamente, e para efeito de diagnóstico, que os sintomas devem permanecer desde há seis meses com 46%, 36% e 53%, respectivamente nos 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico. No grupo do 1º CEB o item menos assinalado foi, com 10%, “permanecer há menos de 6 meses”, enquanto os docentes do 2º e 3º Ciclos assinalaram “permanecer há 3 meses” com 11% e 26%, respetivamente.

Tabela 19 – análise da permanência dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível da experiência profissional

Tempo de permanência	<5		5 a 10		11 a 20		>20	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Permanecer há 3 meses	1	12%	3	14%	6	18%	4	29%
Permanecer há mais de 3 meses	3	38%	1	5%	13	38%	2	14%
Permanecer há menos de 6 meses	1	12%	5	24%	2	6%	1	7%
Permanecer desde há 6 meses	3	38%	12	57%	13	38%	7	50%
Total	8	100%	21	100%	34	100%	14	100%

Analisando os dados em função da experiência profissional, concluímos que estes se apresentam bastante dispersos. Verificamos que os docentes com menos experiência assim como os docentes com 11 a 20 anos de serviço apresentam valores muito semelhantes, ambos com 38% nos itens “permanecer há mais de 3 meses” e “permanecer desde há 6 meses”. Os docentes com 5 a 10 anos de serviço, assim como os mais experientes, valorizaram, maioritariamente, o item “permanecer desde há seis meses” com 57% e 50%, respetivamente.

Tabela 20 – análise da permanência dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da formação especializada em Educação Especial

Tempo de permanência	Especializados		Não especializados	
	N	%	N	%
Permanecer há 3 meses	1	9%	13	20%
Permanecer há mais de 3 meses	2	18%	17	26%
Permanecer há menos de 6 meses	0	0%	9	13%
Permanecer desde há 6 meses	8	73%	27	41%
Total	11	100%	66	100%

Relativamente aos grupos dos professores especializados e não especializados foram assinalados, por ambos os grupos, como mais valorizado, o item “permanecer desde há 6 meses”, embora com uma grande discrepância em termos de percentagem, 73% e 41%, respetivamente. Como item menos valorizado encontramos “permanecer há menos de 6 meses”, com 13% no grupo dos professores não especializados, sendo que nenhum docente especializado selecionou este item (0%).

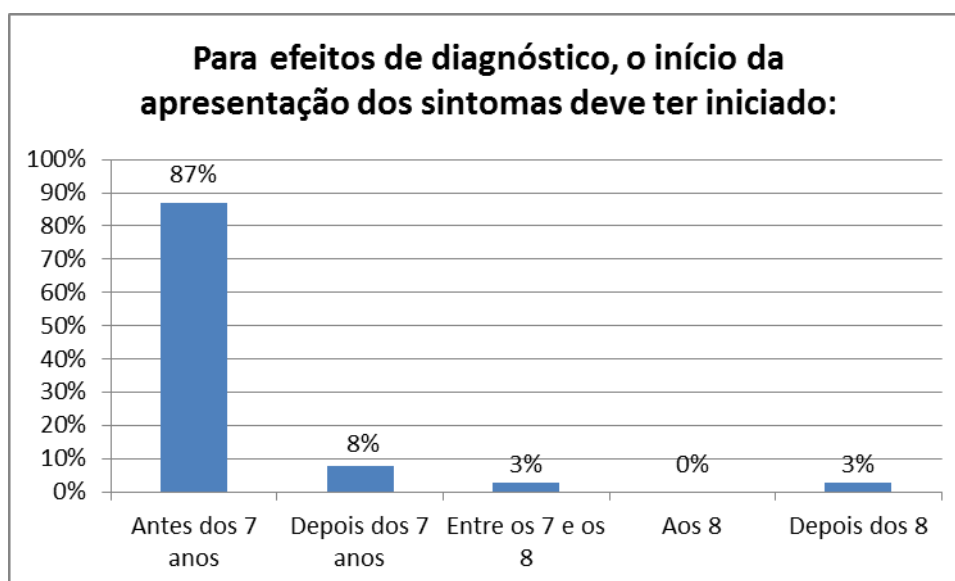


gráfico 5 – início da apresentação dos sintomas para efeitos de diagnóstico

Relativamente ao diagnóstico, e no que diz respeito ao início da apresentação dos sintomas, os dados são claros, na sua grande maioria, 87% dos docentes, assinalaram que para efeito de diagnóstico, os sintomas devem ter iniciado antes dos 7 anos de idade. Após os 7 anos foi selecionado por 8% dos docentes, entre os 7 e os 8 assim como depois dos 8 foram valorizados por 3% dos docentes, sendo que nenhum docente assinalou que os sintomas devem iniciar aos 8 anos de idade.

Tabela 21 – análise do início dos sintomas para efeito de diagnóstico em função do nível de ensino lecionado

Início dos sintomas	1º CEB		2º CEB		3º CEB	
	N	%	N	%	N	%
Antes dos 7 anos	35	90%	16	84%	16	84%
Depois dos 7 anos	4	10%	2	11%	0	0%
Entre os 7 e os 8 anos	0	0%	1	5%	1	5%
Aos 8 anos	0	0%	0	0%	0	0%
Depois dos 8 anos	0	0%	0	0%	2	11%
Total	39	100%	19	100%	19	100%

Como seria de esperar, tendo em conta a análise geral deste item, os docentes dos 3 grupos de ensino valorizaram, para efeitos de diagnóstico, que o início dos sintomas deve surgir antes dos 7 anos de idade. No entanto, é de salientar, no grupo dos docentes do 3º CEB, 11% dos docentes que valorizaram o item “depois dos 8 anos”.

Tabela 22 – análise do início dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da experiência profissional

Início dos sintomas	<5		5 a 10		11 a 20		>20	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antes dos 7 anos	7	88%	19	90%	29	85%	12	86%
Depois dos 7 anos	0	0%	2	10%	3	9%	1	7%
Entre os 7 e os 8 anos	0	0%	0	0%	1	3%	1	7%
Aos 8 anos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Depois dos 8 anos	1	12%	0	0%	1	3%	0	0%
Total	8	100%	21	100%	34	100%	14	100%

Nesta questão, e em função da experiência profissional, os resultados são novamente bastante semelhantes, sendo que na sua maioria os docentes selecionaram o item “antes dos 7 anos de idade” com 88%, 90%, e 85% e 86% respectivamente, dos docentes com menos experiência para os que têm mais experiência.

Tabela 23 – análise do início dos sintomas para efeito de diagnóstico em função da formação especializada em Educação Especial

Início dos sintomas	Especializados		Não especializados	
	N	%	N	%
Antes dos 7 anos	10	91%	57	86%
Depois dos 7 anos	1	9%	5	8%
Entre os 7 e os 8 anos	0	0%	2	3%
Aos 8 anos	0	0%	0	0%
Depois dos 8 anos	0	0%	2	3%
Total	11	100%	66	100%

A grande maioria dos docentes especializados, 91% (N=10) assinalou que para efeitos de diagnóstico, o início dos sintomas deve surgir antes dos 7 anos de idade, enquanto apenas 1 docente (9%) assinalou que estes deviam iniciar depois dos 7 anos. No que diz respeito aos docentes não especializados, 86% (N=57) assinalou que estes deviam surgir antes dos 7 anos, 8% (N=5) depois dos 7 anos, enquanto 3% (N=2) assinalaram entre os 7 e os 8 anos, sendo que o mesmo número de docentes (N=2) assinalou igualmente que os sintomas deviam surgir depois dos 8 anos de idade.

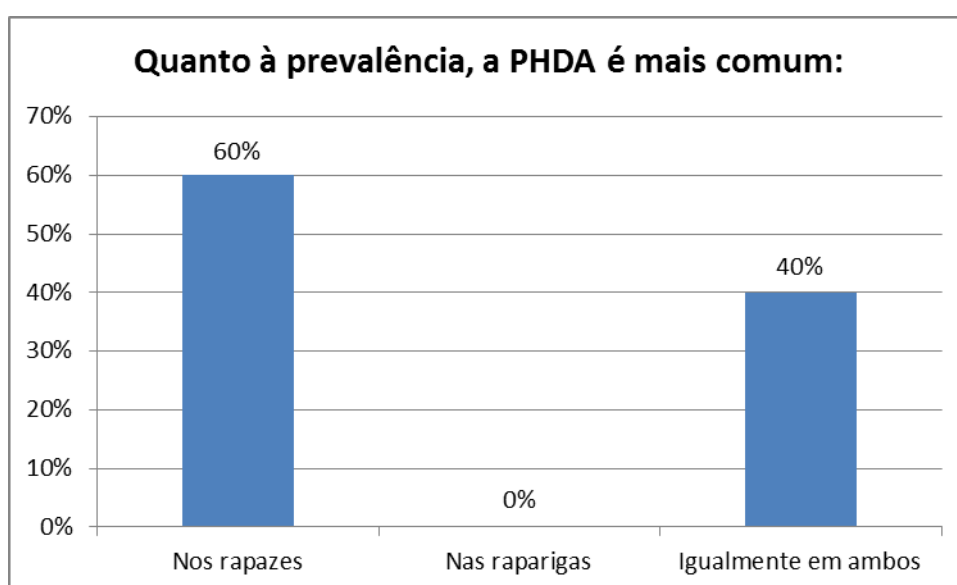


gráfico 6 – prevalência da PHDA

Quando questionados relativamente à prevalência da PHDA, 60% dos docentes assinalarem que esta é mais comum nos rapazes do que nas raparigas, enquanto 40% afirmou que a PHDA é igualmente comum em ambos. Nenhum docente da nossa amostra selecionou que a PHDA é mais prevalente nas raparigas do que nos rapazes.

Tabela 24 – análise da prevalência da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Prevalência	1º CEB		2º CEB		3º CEB	
	N	%	N	%	N	%
Mais comum nos rapazes	23	59%	15	79%	8	42%
Mais comum nas raparigas	0	0%	0	0%	0	0%
Igualmente comum em ambos	16	41%	4	21%	11	58%
Total	39	100%	19	100%	19	100%

Analisando a opinião sobre a prevalência por ciclos de ensino lecionado, verificamos que são os professores do 3º CEB que estão mais se afastam dos dados da análise geral da amostra, onde 42% (N=8) são da opinião que a PHDA é mais prevalente nos rapazes do que nas raparigas, contrastando com os 59% (N=23) e 79% (N=15) dos 1º e 2º Ciclos, respetivamente. Como seria de esperar, e sendo que nenhum docente é da opinião que a PHDA é mais comum nas raparigas, os docentes do 3º CEB diferenciam-se de novo já que a maioria, 58% (N=11) é da opinião que a PHDA é igualmente comum em ambos os sexos, enquanto nos docentes do 1º e 2º Ciclos os valores seguem uma tendência contrária, especialmente no 2º Ciclo com apenas 21% (N=4) e no 1º Ciclo com 41% (N=16).

Tabela 25 – análise da prevalência da PHDA em função da experiência profissional

Prevalência	<5		5 a 10		11 a 20		>20	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nos rapazes	2	25%	13	62%	24	71%	7	50%
Nas raparigas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Igualmente em ambos	6	75%	8	38%	10	29%	7	50%
Total	8	100%	21	100%	34	100%	14	100%

Analisando esta questão em função da experiência profissional dos inquiridos, notamos uma tendência crescente no item “nos rapazes e uma tendência decrescente no item “igualmente em ambos” 25%, 62% e 71% respectivamente, à medida que a experiência dos profissionais aumenta, exceto no grupo mais experiência no qual as percentagens se igualam, com 50% (N=7).

Tabela 26 – análise da prevalência da PHDA em função da formação especializada em Educação Especial

Prevalência	Especializados		Não especializados	
	N	%	N	%
Nos rapazes	8	73%	38	58%
Nas raparigas	0	0%	0	0%
Igualmente em ambos	3	27%	28	42%
Total	11	100%	66	100%

No que diz respeito à prevalência da PHDA em função da formação especializada, 73% (N=8) dos especializados são da opinião que esta é mais prevalente nos rapazes, enquanto 27% (N=3) selecionaram o item “igualmente em ambos”. A opinião dos docentes não especializados diverge um pouco, já que 58% (N=38) são da opinião que é mais comum nos rapazes e 42% (N=28) que é igualmente comum em ambos.

Causas explicativas da PHDA

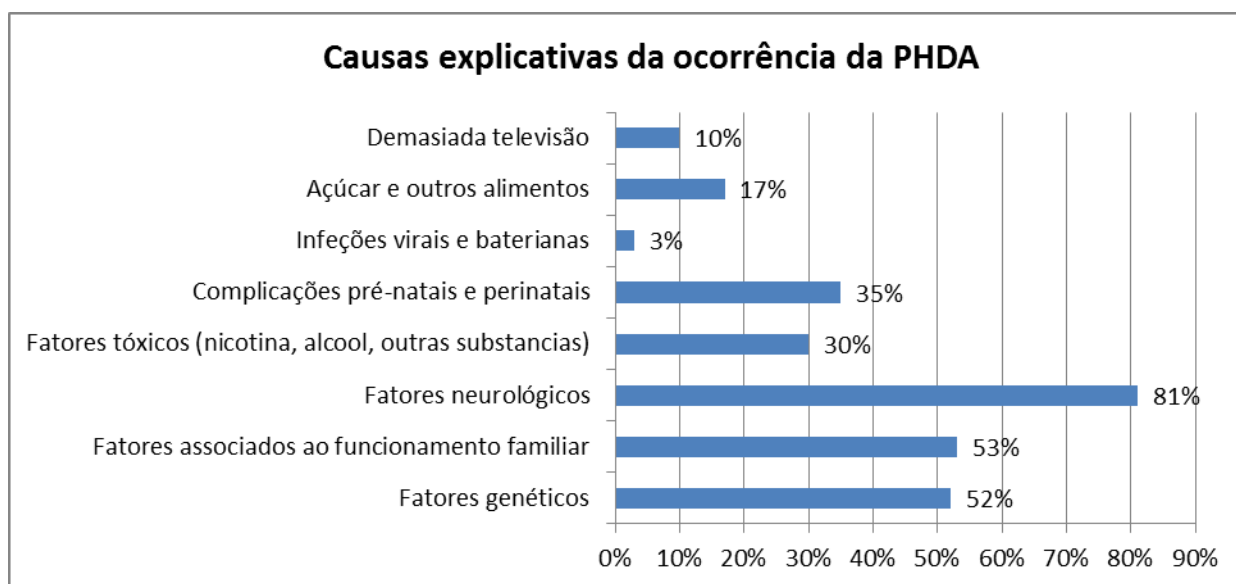


gráfico 7 – causas explicativas da ocorrência da PHDA

No geral, e como pode ser visto no gráfico 7, 81% dos professores da nossa amostra assinalaram os fatores neurológicos como principais causas explicativas da PHDA, seguidos de fatores associados ao funcionamento familiar (53%) e fatores genéticos (52%). É de referir que dois professores referiram as infecções virais e bacterianas como possíveis causas para a PHDA.

Tabela 27 – análise das causas explicativas da PHDA em função do nível de ensino lecionado

Causas	1º CEB (N=39)		2º CEB (N= 19)		3º CEB (N=19)	
	N	%	N	%	N	%
Genéticas	22	56%	9	47%	9	47%
Familiares	17	44%	13	68%	11	58%
Neurológicas	33	85%	14	74%	15	79%
Tóxicas	9	23%	9	47%	5	26%

Pré-natais	15	38%	6	32%	6	32%
Infeções virais	1	3%	0	0%	1	5%
Açúcar e alimentos	6	15%	4	21%	3	16%
Demasiada TV	4	10%	1	5%	3	16%

É possível assinalar mais do que uma causa pelo que as percentagens podem somar mais de 100%

Analisando os dados do ponto de vista do nível de ensino lecionado, 85% (N=33) dos professores do 1º CEB assinalaram as causas neurológicas, seguidas das genéticas com 56% (N=22) como explicativas da ocorrência da PHDA. Como menos assinaladas surgem as infeções virais sugeridas apenas por um docente, e demasiada TV por quatro professores.

Os professores do 2º CEB seguem a tendência dos fatores neurológicos uma vez que 74% (N=14) destes docentes assinalaram esta causa como explicativa da ocorrência da PHDA, no entanto a segunda causa mais valorizada foram os fatores familiares com 68% (N=13). Importante referir que 47% (N=9) dos docentes deste ciclo referiram os fatores tóxicos como causa da PHDA, sendo que nenhum assinalou as infeções virais.

Relativamente aos professores do 3º CEB, fatores neurológicos aparecem de novo como a causa mais assinalada com 79% (N=15), sendo que, e à semelhança dos professores do 2º CEB, os fatores familiares surgem como a segunda causa mais provável com 58% (N=11). As causas genéticas aparecem também selecionadas por 47% (N=9) dos docentes enquanto um docente referiu as infeções virais.

Tabela 28 – análise das causas explicativas da PHDA em função da experiência profissional

Causas	<5 (N=8)		5 a 10 (N=21)		11 a 20 (N=34)		>20 (N=14)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Genéticas	3	38%	9	43%	22	65%	6	43%
Familiares	1	13%	11	52%	19	56%	10	71%

Neurológicas	7	88%	14	67%	30	88%	11	79%
Tóxicas	2	25%	11	52%	6	18%	4	29%
Pré-natais	1	13%	7	33%	13	38%	6	43%
Infeções virais	1	13%	0	0%	0	0%	1	7%
Açúcar e alimentos	1	13%	3	14%	6	18%	3	21%
Demasiada TV	1	13%	1	5%	3	9%	3	21%

É possível assinalar mais do que uma causa pelo que as percentagens podem somar mais de 100%

Independentemente da experiência profissional, os fatores neurológicos foram a causa mais assinalada pela maioria dos docentes, com 88%, 67%, 88%, 79%, dos menos para os mais experientes, respetivamente. No entanto existem diferenças, enquanto os professores com 5 a 10 anos, 11 a 20 anos e mais de 20 anos de serviço assinalaram as causas familiares com 52%, 56%, e 71%, respetivamente, apenas um dos professores com menos experiência assinalou esta causa. No grupo dos professores com 5 a 10 anos de experiência é de salientar que 52% assinalou as causas tóxicas como explicativas da ocorrência da PHDA.

No geral, podemos afirmar que a grande maioria dos professores têm como causas explicativas da PHDA fatores neurológicos, genéticos e familiares.

Tabela 29 – análise das causas da PHDA em função da formação especializada em Educação Especial

Causas	Especializados (N=11)		Não especializados (N=66)	
	N	%	N	%
Genéticas	4	36%	36	55%
Familiares	1	9%	40	61%
Neurológicas	9	82%	53	80%
Tóxicas	2	18%	21	32%

Pré-natais	3	27%	24	36%
Infeções virais	0	0%	2	3%
Açúcar e alimentos	1	9%	12	18%
Demasiada TV	0	0%	8	12%

É possível assinalar mais do que uma causa pelo que as percentagens podem somar mais de 100%

Analisando os dados do ponto de vista dos professores especializados em Educação Especial, 82% destes (N=9) assinalou as causas neurológicas, assim como 80% (N=53) dos não especializados.

As causas genéticas foram assinaladas por 55% (N=36) dos não especializados e por 36% (N=4) dos especializados.

No entanto, enquanto 61% (N=40) dos não especializados assinalaram causas familiares apenas 9% (N=1) dos especializados assinalaram esta causa. É de referir também que 12% (N=8) dos não especializados assinalaram demasiada TV sendo que nenhum professor especializado assinalou esta causa.

Eficácia das Formas de Intervenção

Tabela 30 – análise geral descritiva do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA

Formas Intervenção	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Medicação	77	2	5	3,94	0,55
Colaboração pais - escola	77	2	5	4,09	0,65
Apoio escolar/académico	77	2	5	4,09	0,59
Técnicas comportamentais e cognitivas em	77	2	5	4,04	0,57

contexto clínico					
Estratégias educativas específicas na sala de aula	77	2	5	4,01	0,62

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

Das possíveis formas de intervenção apresentadas aos inquiridos, a maioria deles considerou a maioria das formas eficazes no tratamento da PHDA. No entanto, aquelas que reuniram as médias mais altas foram a colaboração entre os pais e a escola (M=4,09) e o apoio escolar e académico (M=4,09). É de referir que a medicação foi a forma de intervenção com a média mais baixa (M=3,94).

Tabela 31 – média do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA em função do nível de ensino lecionado

Formas de intervenção	1º CEB (N=39)		2º CEB (N=19)		3º CEB (N=19)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
Medicação	4,05	0,51	3,84	0,60	3,79	0,54
Colaboração pais - escola	4,26	0,59	3,89	0,74	3,95	0,62
Apoio escolar/académico	4,23	0,55	4,00	0,67	3,85	0,50
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	4,05	0,60	4,05	0,40	3,89	0,66
Estratégias educativas específicas na sala de aula	4,05	0,65	4,11	0,46	3,84	0,69

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

No que diz respeito aos professores do 1º CEB as formas de intervenção consideradas mais eficazes são a colaboração pais-escola (M=4,26), seguidas do apoio-

escolar e académico. As restantes formas de intervenção registaram por parte destes professores uma média semelhante (4,05).

Os professores do 2º CEB consideram a forma de intervenção mais eficaz com crianças com PHDA será a adoção de estratégias educativas específicas na sala de aula, (M=4,11), seguida da implementação de técnicas comportamentais e cognitivas específicas em contexto clínico (M=4,05). A forma de intervenção que apresenta a média mais baixa é a medicação (M=3,84).

Relativamente ao 3º CEB, estes professores consideram como mais eficaz a colaboração entre os pais e a escola (M=3,95), seguida da implementação de técnicas comportamentais e cognitivas específicas em contexto clínico (M=3,89). Com a média mais baixa surge, novamente, a medicação (M=3,79).

Tabela 32 – média do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA em função da experiência profissional

Formas de intervenção	<5 (N=8)		5 a 10 (N=21)		11 a 20 (N=34)		>20 (N=14)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Medicação	3,50	0,93	4,10	0,30	3,50	0,46	3,86	0,66
Colaboração pais - escola	4,13	0,64	4,19	0,51	4,09	0,71	3,93	0,73
Apoio escolar/académico	4,00	0,53	4,10	0,62	4,15	0,56	4,00	0,68
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	4,00	0,53	3,95	0,50	4,09	0,51	3,79	0,83
Estratégias educativas específicas na sala de aula	3,88	0,99	4,00	0,55	4,06	0,55	4,00	0,68

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

Analisando esta questão do ponto de vista da experiência profissional dos professores, encontramos algumas diferenças que devem ser registradas.

Enquanto nos dois grupos de professores com menos experiência profissional (menos de 5 anos e de 5 a 10 anos) a colaboração entre os pais e a escola surge como a forma de intervenção mais eficaz das apresentadas, com (M=4,13) e (M=4,19) respetivamente, nos grupos dos professores com mais experiência (11 a 20 anos e mais de 20 anos) o apoio escolar e académico surge como a forma de intervenção mais eficaz (M=4,15) e (M=4,00) respetivamente. É de notar que o grupo dos professores com mais experiência (mais de 20 anos) atribuiu um elevado grau de eficácia à implementação de estratégias educativas específicas na sala de aula (M=4,00).

É de salientar que a medicação surge como a forma com a média mais baixa (M=3,50) nos professores com menos de 5 anos e nos professores com 11 a 20 anos de experiência enquanto a introdução de técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico surge com a média mais baixa nos professores com 5 a 10 anos (M=3,95) e nos professores com mais de 20 anos de experiência (M=3,79).

Tabela 33 – média do grau de eficácia atribuído às diferentes formas de intervenção com crianças com PHDA em função da formação especializada em Educação Especial

Formas de intervenção	Especializados					Não especializados				
	N	Mín .	Máx .	Médi a	Desvio Padrã o	N	Míni .	Máx .	Médi a	Desvio Padrã o
Medicação	11	4	5	4,18	0,40	66	2	5	3,89	0,56
Colaboração pais - escola	11	4	5	4,27	0,47	66	2	5	4,06	0,68
Apoio escolar/académico	11	4	5	4,27	0,47	66	2	5	4,06	0,60
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	11	3	5	4,09	0,54	66	2	5	4,00	0,58

Estratégias educativas específicas na sala de aula	1	4	5	4,36	0,50	6	2	5	3,95	0,62
	1					6				

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

Também nestes dois grupos de professores encontramos diferenças entre si mesmos e entre a amostra geral.

Os professores especializados atribuíram maior eficácia à introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula ($M=4,36$), enquanto os não especializados apresentam as médias mais elevadas ($M=4,06$) nos itens colaboração pais e escola assim como no item apoio escolar e académico. Neste último grupo (não especializados) a média mais baixa surge no item medicação ($M=3,89$), sendo que no grupo dos especializados a introdução de técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico apresenta a média mais baixa ($M=4,09$).

É importante salientar o item medicação que apesar de apresentar das médias mais baixas dentro do grupo dos professores especializados, surge com um desvio padrão reduzido e uma média bastante elevada ($M=4,18$), destacando-se da análise geral da amostra na qual apresenta a eficácia mais reduzida entre todas as formas de intervenção apresentadas.

Práticas Educativas

No que diz respeito às práticas educativas, foi inquirido qual o grau de eficácia atribuído a um conjunto de estratégias de intervenção ao nível pedagógico. Mais uma vez, as opiniões analisadas parecem ser bastante homogéneas, pois os inquiridos tendem a considerar todas as práticas apresentadas como eficazes na maioria das situações.

Tabela 34 – análise geral descritiva do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas

Práticas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Apoio Pedagógico Individualizado	77	2	5	4,21	0,50
Atividades Desportivas	77	3	5	3,96	0,55
Treino de autocontrolo	77	2	4	3,95	0,60
Treino de competências sociais	77	2	5	3,77	0,56
Formação para Pais	77	2	5	4,08	0,53
Tolerância, diálogo e autoestima	77	2	5	3,83	0,59
Firmeza	77	1	5	3,65	0,82
Coordenação entre agentes educativos	77	2	5	4,08	0,58
Adaptar sala aula	77	2	5	3,69	0,61
Adaptar apresentação dos conteúdos	77	2	5	3,82	0,58
Persistência e coerência	77	2	5	3,92	0,62
Adaptar materiais e processos de avaliação	77	2	5	3,92	0,66

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

No entanto, ao analisarmos as médias (Tabela 34), verificamos que as práticas educativas que reúnem uma maior perceção de eficácia são o apoio pedagógico individualizado (M=4,21) a formação para pais (M=4,08) e a coordenação entre agentes educativos (M=4,08).

Com as médias mais baixas surgem a educação baseada na firmeza, na planificação e supervisão (M=3,65) e adaptar o contexto físico da sala de aula (M=3,69).

Tabela 35 – média do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas em função do nível de ensino lecionado

Práticas	1º CEB (N=39)		2º CEB (N=19)		3º CEB (N=19)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Apoio Pedagógico Individualizado	4,28	0,46	4,16	0,37	4,11	0,66
Atividades Desportivas	3,95	0,51	4,00	0,52	3,89	0,66
Treino de autocontrolo	4,08	0,48	4,00	0,47	3,63	0,83
Treino de competências sociais	3,87	0,47	3,63	0,60	3,68	0,67
Formação para Pais	4,08	0,48	4,05	0,40	4,11	0,74
Tolerância, diálogo e autoestima	3,87	0,57	3,63	0,68	3,95	0,52
Firmeza	3,51	0,85	3,84	0,76	3,68	0,82
Coordenação entre agentes educativos	4,21	0,57	3,58	0,46	3,79	0,63
Adaptar sala aula	3,90	0,60	3,74	0,56	3,21	0,42
Adaptar apresentação dos conteúdos	4,03	0,49	3,79	0,54	3,42	0,61
Persistência e coerência	4,05	0,60	4,11	0,57	3,74	0,65
Adaptar materiais e processos de avaliação	4,05	0,65	3,89	0,57	3,68	0,75

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

Analisando esta questão em função do nível de ensino lecionado verificamos que as médias mais altas surgem, em todos os níveis de docência, no item apoio pedagógico individualizado com (M=4,28), (M=4,16) e (M=4,11) respetivamente para o 1º, 2º e 3º Ciclos de ensino.

É também importante referir nos professores do 1º CEB a média elevada do item coordenação entre agentes educativos (M=4,21), no 2º CEB o item ser persistente e coerente (M=4,11) e no 3º CEB formação para pais com (M=4,11).

Por sua vez, as médias mais baixas no 1º CEB surgem no item educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão (M=3,51), no 2º CEB nos itens treino de competências sociais e educação centrada na tolerância, diálogo e autoestima ambos com (M=3,63) e, quanto aos professores do 3º CEB, no item adaptar a sala de aula com (M=3,21).

Tabela 36 – média do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas em função da experiência profissional

Práticas	<5 (N=8)		5 a 10 (N=21)		11 a 20 (N=34)		>20 (N=14)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Apoio Pedagógico Individualizado	4,25	1,04	4,10	0,30	4,24	0,43	4,29	0,47
Atividades Desportivas	4,00	0,76	4,00	0,45	3,94	0,55	3,93	0,62
Treino de autocontrolo	3,75	0,87	3,95	0,50	3,95	0,60	4,07	0,62
Treino de competências sociais	3,75	0,70	3,81	0,40	3,74	0,62	3,79	0,58
Formação para Pais	4,38	0,52	3,95	0,38	4,00	0,60	4,29	0,47
Tolerância, diálogo e autoestima	3,63	0,52	3,67	0,66	3,88	0,54	4,07	0,62
Firmeza	3,50	0,93	3,67	0,58	3,56	0,69	3,93	0,73
Coordenação entre agentes educativos	3,88	0,83	4,14	0,38	4,18	0,58	3,86	0,68
Adaptar sala aula	3,25	0,46	3,86	0,36	3,74	0,71	3,57	0,65
Adaptar apresentação dos conteúdos	3,50	0,53	3,86	0,48	3,85	0,66	3,86	0,53
Persistência e coerência	3,63	1,06	4,10	0,30	3,97	0,67	4,07	0,47
Adaptar materiais e processos de avaliação	3,63	0,92	4,05	0,22	3,82	0,76	4,14	0,66

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

Relativamente à experiência profissional, os dados são muito semelhantes aos da amostra geral. Um dos itens mais valorizado por todos os grupos foi o apoio pedagógico individualizado, respetivamente dos menos experientes para os mais experientes com (M=4,25), (M=4,10), (M=4,24) e (M=4,19).

Dos itens menos valorizados por todos os grupos encontramos adaptar a sala de aula, respetivamente dos menos experientes para os mais experientes com (M=3,25), (M=3,86), (M=3,74) e (M=3,57).

É importante salientar no grupo dos professores menos experientes (menos de 5 ano) as elevadas médias do item formação para pais (M=4,38), no grupo dos professores com 5 a 10 anos de experiência coordenação entre agentes educativos e persistência e coerência, respetivamente com (M=4,14) e (M=4,10), no grupo dos professores entre 11 a 20 anos o item coordenação entre agentes educativos (M=4,18) e, no grupo dos professores mais experientes (mais de 20 anos), formação para pais (M=4,29).

Tabela 37 – média do grau de eficácia atribuído às diferentes práticas educativas em função da formação especializada em Educação Especial

Práticas	Especializados					Não especializados				
	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão
Apoio Pedagógico Individualizado	11	4	5	4,18	0,40	66	2	5	4,21	0,51
Atividades Desportivas	11	3	5	3,82	0,60	66	3	5	3,98	0,54
Treino de autocontrolo	11	3	5	3,82	0,60	66	2	5	3,97	0,61
Treino de competências sociais	11	3	5	3,72	0,65	66	2	5	3,77	0,55
Formação para Pais	11	3	5	4,00	0,45	66	2	5	4,09	0,55
Tolerância, diálogo e autoestima	11	3	5	3,91	0,54	66	2	5	3,82	0,61

Firmeza	11	2	5	3,18	0,87	66	2	5	3,73	0,80
Coordenação entre agentes educativos	11	4	5	4,27	0,47	66	2	5	4,05	0,59
Adaptar sala aula	11	3	5	3,91	0,70	66	2	5	3,65	0,59
Adaptar apresentação dos conteúdos	11	3	5	4,09	0,70	66	2	5	3,77	0,55
Persistência e coerência	11	3	5	4,09	0,54	66	2	5	3,97	0,63
Adaptar materiais e processos de avaliação	11	3	5	4,18	0,60	66	2	5	3,88	0,67

1 – Totalmente ineficaz 2 – Ineficaz na maioria das situações 3 – Nem eficaz nem ineficaz 4 – Eficaz na maioria das situações 5 – Totalmente eficaz

Analisando os dados em função do facto dos professores serem ou não especializados em Educação Especial, verificamos que a prática apoio pedagógico individualizado continua a apresentar uma média elevada ($M=4,18$) e ($M=4,21$), respetivamente.

No entanto, e no que diz respeito aos professores especializados, as médias mais altas aparecem nos itens coordenação entre agentes educativos ($M=4,27$) e adaptar matérias e processos de avaliação ($M=4,18$). A média mais baixa surge na educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão ($M=3,18$).

Relativamente aos professores não especializados com as médias mais elevadas destacam-se as práticas formação para pais ($M=4,09$) e coordenação entre agentes educativos ($M=4,05$). Com a média mais baixa surge adaptar a sala de aula ($M=3,69$).

CAPITULO 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os objetivos do estudo procedeu-se à análise dos resultados encontrados, seguindo a mesma ordem de apresentação adotada na sua apresentação. Sendo assim, foram analisadas as diferentes categorias de resposta, estabelecendo e refletindo acerca dos seus níveis de associação. Esta análise foi efetuada à luz do enquadramento teórico do presente trabalho.

Contacto e Gravidade

No que diz respeito ao contato com alunos com PHDA, traduzido no facto de já terem ou não alunos com esta problemática nas suas salas de aula, a maioria dos professores (79%) responderam afirmativamente. Tais constatações parecem justificar o presente estudo, verificando-se que esta é uma perturbação prevalente e com validade clínica.

Apenas 21% dos docentes inquiridos não tiveram contato em contexto de sala de aula com alunos com PHDA. Analisando os dados por grupos de professores inquiridos verificámos que o valor mínimo de contato, como seria de esperar, surge no grupo dos professores menos experientes, com menos de 5 anos, enquanto o valor máximo de contato é atingido pelos professores do 2º Ciclo do Ensino Básico, com uma percentagem de 89% de contato.

No que diz respeito ao nível de gravidade desta perturbação a maioria dos inquiridos consideram esta patologia como “grave” (41,%). No entanto, analisando esta questão por grupos de ensino, são os professores do 1º Ciclo que apresentam uma perceção mais grave, sendo que a tendência seja para diminuir à medida que aumenta o nível de ensino lecionado. O grupo de professores que apresenta a média mais alta relativamente ao grau gravidade é o dos professores mais experientes, com mais de 20 anos de serviço.

Sendo assim, verifica-se uma relação entre a gravidade atribuída à PHDA e a frequência de contacto com esta perturbação um nível de associação positivo e bastante significativo, o que vai de encontro às conclusões de um outro estudo, (Júlio, 2009) realizado em Leiria, com uma amostra de 110 técnicos entre professores, de ensino

regular e de educação especial, psicólogos, e outros técnicos com contacto direto com crianças proveniente de estabelecimentos de ensino público.

Sintomas, diagnóstico e prevalência

O diagnóstico de uma criança com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção é essencialmente clínico, baseando-se em critérios comportamentais. A confirmação do diagnóstico requer a síntese da informação recolhida junto dos pais, dos professores e de outros intervenientes no processo educativo, bem como a avaliação da criança através de uma história clínica detalhada, de um exame objetivo completo, de uma avaliação neuro desenvolvimental e neuro psicológica e da aplicação de várias escalas específicas de PHDA.

São três as características fundamentais da PHDA (Déficit de Atenção, hiperatividade e Impulsividade) e considerados pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico.

Para ajudar a um diagnóstico mais preciso, a Associação Americana de Psiquiatria estabelece critérios de diagnóstico que estão bem definidos no DSM-IV-TR (APA, 2006): Falta de atenção, impulsividade e hiperatividade.

Foi proposta aos inquiridos uma combinação de 8 itens e que os classificassem, numa escala de 1 a 5, quanto ao nível de gravidade.

Numa análise geral, verifica-se que, todos os itens apresentam uma média positiva, exceção feita aos itens “Má Educação”. Os itens mais valorizados parecem dizer respeito a sintomas relacionados com problemas de Falta de Atenção e Atividade Motora Excessiva.

A falta de atenção é uma característica muito importante da PHDA. A criança tem muita dificuldade em manter-se atenta por longos períodos de tempo. Vários estudos mostram que as crianças com PHDA apresentam problemas académicos derivados das dificuldades ao nível da atenção. A atividade motora excessiva, segundo Barkley (1998) “Refere-se aos níveis excessivos de atividade motora ou oral, características da criança com hiperatividade”.

Analisando os dados por grupos de professores, do ponto de vista do nível de ensino lecionado, assim como da experiência profissional dos inquiridos e do facto de serem especializados em Educação Especial, os resultados são semelhantes, sendo novamente valorizados os itens relacionados com a Falta de Atenção e Atividade Motora Excessiva, sendo que, no entanto, a exceção encontra-se no grupo dos professores menos experientes, que assinalaram o Excesso de Atividade Motora como o item com menor gravidade, sendo este facto, no geral, que faz a distinção entre os vários grupos de professores neste campo.

De acordo ainda com a classificação de DSM-IV-TR (2006), foram definidos critérios adicionais: Persistem há pelo menos seis meses; Surgem antes dos sete anos; Presentes em mais de um contexto (casa, escola, amigos...);

Relativamente à apresentação dos sintomas no tempo, no geral, 45% dos inquiridos respondeu “desde há pelo menos 6 meses”.

Analisando estes dados por grupos, são os professores especializados em Educação Especial que se destacam, com 73% destes a assinalarem “desde há pelo menos 6 meses”. Segundo a experiência profissional e níveis de ensino, as respostas encontram-se bastante dispersas, no entanto é de notar que, 57% dos professores com 5 a 10 anos de serviço assinalaram “desde há pelo menos 6 meses”, assim como 56% dos professores do 3º CEB.

Segundo Barkley (2000 p. 12) os sintomas “surgem frequentemente no início da infância”

No que diz respeito ao início da apresentação dos sintomas, os dados são claros, na sua grande maioria, 87% dos docentes, assinalaram que para efeito de diagnóstico, os sintomas devem ter iniciado antes dos 7 anos de idade. As análises dos dados por grupos remetem-nos para valores semelhantes, sendo que 90% dos professores do 1º CEB assinalaram este item, sendo que o valor mais elevado, 91%, foi atingido, mais uma vez, pelos professores especializados.

Em relação ao número de contextos a grande maioria dos inquiridos (61%) assinalou que estes se devem apresentar em todos os contextos, sendo que 14% assinalou apenas um contexto, 10% apenas dois e 14% mais do que um contexto.

No que diz respeito à prevalência, segundo Garcia (2001) é a perturbação neuro-comportamental mais frequente da criança, atingindo entre 3% a 7% das crianças em idade escolar, duas a oito vezes mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino.

Os dados recolhidos indicam-nos que na sua maioria, 60% dos inquiridos, consideram a PHDA mais prevalente nos rapazes, no entanto, 40% afirmam ser igualmente prevalente em ambos os sexos, sendo que nenhum afirmou ser mais prevalente nas raparigas.

Fazendo a comparação por grupos destacam-se os professores do 2º CEB com 79% de prevalência no sexo masculino, sendo que, por outro lado, 58% dos professores do 3º CEB afirmam ser igualmente comum em ambos. Analisando os resultados por experiência profissional, destacam-se pela diferença os professores com menos experiência (menos de 5 anos), nos quais apenas 25% afirmam ser mais prevalente nos rapazes, enquanto 75% destes afirma ser igualmente prevalente em ambos os sexos. O grupo de professores especializados continua a apresentar percentagens elevadas, com 73% a seleccionar a opção em que a PHDA é mais prevalente nos rapazes.

Causas explicativas

As investigações etiológicas não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos fatores que originam esta perturbação, subsistindo atualmente algumas dúvidas relativamente aos fatores etiológicos implicados na PHDA. Porém, existem evidências claras que as suas causas residem em alterações genéticas e neurológicas.

De acordo com Lopes (2003) e Barkley (2006), a investigação nesta área da PHDA aponta para múltiplas etiologias, entre as quais se destacam os fatores neurológicos, as toxinas ambientais, os fatores genéticos e os fatores ambientais e psicossociais.

O consenso atual é que a etiologia é “multifactorial e apenas compreensível na medida da existência de inúmeros fatores de risco que em relação entre si criam situações de maior ou menor desadaptação do indivíduo” (Rodrigues, 2003, p. 29).

No que diz respeito às causas explicativas da PHDA, numa análise geral, verifica-se que as respostas dos inquiridos não parecem estar muito distantes das tendências mais atuais de investigação sobre esta perturbação, sendo que entre os três fatores mais referidos podemos identificar na primeira posição os fatores neurológicos (81%) e em terceiro lugar os fatores genéticos (52%). Os fatores associados ao funcionamento familiar surgem com 53%. É de referir que dois professores referiram as infeções virais e bacterianas como possíveis causas para a PHDA.

A análise por grupos não nos fornece dados muito relevantes, visto serem muito similares à análise geral, no entanto é de realçar que 71% dos docentes do 3º CEB, assim como 61% dos professores não especializados assinalaram Fatores Associados ao Funcionamento Familiar como causa explicativa da PHDA.

Formas de intervenção

Nos últimos anos, as formas de intervenção no âmbito da PHDA têm sido alvo de várias investigações, no entanto, por trás dessa investigação persiste a frustração de não existir “cura” para esta perturbação, mas sobretudo formas e estratégias de a gerir e controlar (Goldstein & Goldstein, 1998; Lopes, 2004).

De uma forma geral, as médias de todas as formas de intervenção foram elevadas, não se identificando nenhuma forma de intervenção que se destaque das outras quer pela eficácia, quer pela não eficácia, o que vai de encontro ao estudo de Júlio (2009). Este facto parece advir da opção de só se ter colocado à consideração formas de intervenção que apresentam eficácia comprovada ao nível da literatura.

No entanto, aquelas que, no geral, reuniram as médias mais altas foram a Colaboração entre os Pais e a Escola e o Apoio Escolar e Académico. É de referir que a Medicação foi a forma de intervenção com a média mais baixa, embora positiva.

Analisando os dados por grupos de professores e por níveis de docência, as formas de intervenção consideradas mais eficazes pelos professores do 1º CEB são a Colaboração pais-escola seguida do Apoio-escolar e Académico. Por seu lado, os professores do 2º CEB consideram a forma de intervenção mais eficaz com crianças com PHDA será a Adoção de Estratégias Educativas Específicas na sala de aula, seguida da implementação de Técnicas Comportamentais e Cognitivas Específicas em

Contexto Clínico. Relativamente ao 3º CEB, estes professores, à semelhança do 1º CEB, consideram como mais eficaz a Colaboração entre os Pais e a Escola.

Relativamente ao fator experiência profissional, os professores menos experientes tendem a privilegiar a Colaboração Pais-Escola como a forma de intervenção mais eficaz, por outro lado, os professores mais experientes valorizam mais o Apoio Escolar e Académico como forma de intervir com estas crianças e jovens.

Nesta questão, os professores que se destacam são os especializados, pois são os únicos a apresentar uma média elevada na Medicação, enquanto em todos os restantes grupos esta é a forma de intervenção que obtém a média mais baixa.

Práticas educativas

Face às dificuldades sentidas ao nível do percurso académico, e sendo o contexto em que as crianças e jovens passam a maior parte do seu dia, a escola enquanto agente educativo deve ser um dos principais palcos de intervenção com estas crianças.

No que diz respeito às práticas educativas, foi inquirido qual o grau de eficácia atribuído a um conjunto de estratégias de intervenção ao nível pedagógico. Mais uma vez, as opiniões analisadas parecem ser bastante homogéneas, pois os inquiridos tendem a considerar todas as práticas apresentadas como eficazes na maioria das situações.

No geral, verificamos que as práticas educativas que reúnem uma maior perceção de eficácia são o Apoio Pedagógico Individualizado, a Formação para Pais e a Coordenação entre Agentes Educativos, parecendo sugerir o reconhecimento dos professores das vantagens de trabalhar em equipas multidisciplinares, tal como já se tinha verificado no estudo já referido de Júlio (2009).

É ainda de realçar que apesar de apresentar um resultado positivo, a Educação Centrada na Firmeza foi a opção de resposta com um nível de eficácia inferior.

Um outro aspeto diz respeito à preferência verificada no grupo de professores de educação especial na opção pelo apoio pedagógico individualizado. Sendo assim, esta categoria profissional parece reconhecer a eficácia do seu trabalho e da importância de um acompanhamento individualizado.

Verifica-se que, no geral, os docentes que participaram no nosso estudo, desde os que possuem pouca ou muita experiência profissional, aos que são especializados em

Educação Especial ou que lecionam em diferentes níveis de ensino, de uma maneira geral, embora em diferentes graus, todos revelam um razoável conhecimento em relação à PHDA, destacam-se, dentro dos grupos criados para efeitos de análise, os professores especializados em educação especial e os professores com mais experiência profissional e um maior grau de contato com crianças e jovens com PHDA.

CAPÍTULO 6

6.1. Conclusões

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é uma perturbação do comportamento que afeta a vida de um grande número de crianças nos seus mais diversos aspetos: na escola, em casa, na comunidade e no relacionamento com os outros em geral. A sua identificação precoce, o diagnóstico preciso das diferentes situações associadas e a intervenção eficaz e abrangente são essenciais para um melhor prognóstico a longo prazo.

Ao longo deste trabalho procurámos fazer uma clarificação conceptual da problemática da PHDA bem como da sua etiologia e diagnóstico. Neste sentido, e uma vez que os alunos diagnosticados com esta patologia manifestam frequentemente problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem, facultamos algumas orientações aos professores, com estratégias de intervenção em contextos escolares.

Compete, então, à escola e a todos os intervenientes no processo educativo (pais, professores, técnicos de saúde e de intervenção social e comunidade) criar condições para que no futuro estas crianças venham a ser, tanto quanto possível, jovens autónomos e respeitadores das regras sociais, capazes de se adaptarem à escola e às exigências da vida social.

Os problemas comportamentais e nomeadamente a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção são extremamente complexos e não podem ser vistos isoladamente, mas sim de forma abrangente, implicando muitas variáveis a considerar, desde a história de vida do aluno às causas, consequências e significado dos comportamentos perturbadores, às interações que desenvolve e aos diferentes contextos em que está inserido.

Este estudo pretende sobretudo contribuir para um melhor conhecimento das conceções e do grau de conhecimentos dos docentes do Ensino Básico relativamente às crianças com PHDA e contribuir para uma melhor inclusão destas nas escolas.

Ao longo do estudo foram apresentadas várias referências bibliográficas e opiniões pessoais formadas com base em leituras sobre a temática.

Da análise dos resultados conclui-se que os objetivos propostos foram atingidos e ao longo do trabalho foram analisados e apresentados de forma pormenorizada os dados e discutidos os resultados.

Verifica-se que os docentes que participaram no nosso estudo, desde os que possuem pouca ou muita experiência profissional, aos que são especializados em Educação Especial ou que lecionam em diferentes níveis de ensino, de uma maneira geral, embora em diferentes graus, todos revelam um razoável conhecimento em relação à PHDA, destacam-se, dentro dos grupos criados para efeitos de análise, os professores especializados em educação especial e os professores com mais experiência profissional.

Todos os professores devem entender a formação como um processo permanente e contínuo. É muito importante que todos se mantenham atualizados relativamente à PHDA, para que mais facilmente consigam fazer o despiste da mesma e sempre que necessário, adotem estratégias diversificadas de modo a favorecer a aprendizagem e inclusão destas crianças.

É também de referir que é extremamente importante que todos os técnicos que trabalham com estas crianças, o façam em equipa e se esforcem para encontrarem estratégias adequadas para envolver as famílias porque só um trabalho de parceria com todos os que rodeiam a criança poderá ajudá-la a ultrapassar todas as suas dificuldades.

Perante estas evidências, a questão que se coloca passa pela necessidade de intervir junto destas crianças, com vista à sua inclusão escolar e ao seu sucesso académico. Neste sentido, torna-se imprescindível equacionar o papel do professor neste cenário, dado que é ele, um dos atores principais do mesmo e por essa via terá de gerir todas as situações que vierem a ocorrer dentro de sala de aula com estas crianças. Mais ainda, quando há evidências que provam a existência de relação entre o conhecimento que o professor tem sobre a PHDA e a atitude que manifesta face às crianças com esta perturbação. Concretamente, sabe-se que quanto maior é o conhecimento do professor sobre a PHDA, melhor é a abordagem pedagógica a estas crianças e a sua atitude face à perturbação.

CAPÍTULO 7

7.1. Linhas futuras de investigação

Para finalizar este trabalho, é pertinente apresentar algumas sugestões, que poderiam ser contempladas em estudos posteriores, de forma a serem alcançados resultados mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

Desta forma, acreditamos que o enriquecimento da investigação que agora termina, se fará com a concretização de novos estudos, pois não basta apenas constatar uma realidade, é preciso intervir sobre ela.

Neste sentido seria importante fazer um trabalho de investigação sobre as estratégias de ensino utilizadas pelos professores com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula. Partindo da premissa a que esta investigação chegou ao concluímos os professores possuem um conhecimento geral acerca da PHDA razoável assim como sobre o tipo de estratégias a utilizar em contexto de sala de aula, interessa perceber quais as razões que levam ao insucesso destas crianças assim como ao estigma que os professores e as escolas teimam em colocar à sua volta. Interessa também perceber se as razões que estão na sua base se prendem com razões do contexto em si (turmas grandes, muitos alunos problemáticos na mesma turma), ou do próprio professor (falta de tempo, falta de conhecimentos, dificuldade na implementação das estratégias, etc).

Por outro lado, também seria pertinente perceber quais as perceções dos pais face a esta temática, bem como a comparação das respostas deste grupo, com as de outros pais com filhos sem este diagnóstico.

Finalmente, consideramos pertinente efetuar estudos idênticos noutras áreas geográficas do país no intuito de comparar os resultados obtidos em diferentes áreas e tirar conclusões mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

7.2. Limitações do estudo

Temos consciência que o presente estudo apresenta limitações. A maior limitação deste estudo é, sem dúvida, o reduzido tamanho da amostra que é de 77 professores dos três ciclos de Ensino Básico a lecionar na Escola Básica Integrada da Praia da Vitória, Ilha Terceira, Região Autónoma dos Açores. O ideal seria que a amostra fosse superior, principalmente no grupo dos professores especializados, de forma a garantir uma representatividade mais alargada.

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

CAPÍTULO 8

8.1. Bibliografia

- ALMEIDA, M. (2007). *A Escola Inclusiva do Século XXI: as crianças podem esperar tanto tempo?*
- APA. (1994). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios psiquiátricos. DSM - IV* 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall.
- Barkley, R.A. (1981). *Clinical description. Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment* (p. 1-51). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1988). *The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, p. 336-341.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (2), 89-111.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - THDA*. São Paulo: Artemed.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and Treatment; second edition*. New York: Guilford Press.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora,

- Correia, L. M. (2010). *Educação especial e inclusão*. 2.^a ed. Porto: Porto Editora.
- Costa, A. (2006). *Promoção da Educação Inclusiva em Portugal*. Fundamentos e Sugestões.
- DeHass, P.A. & Young, R.D. (1984). *Attention styles of hyperactive and normal girls*. *Jornal of Abnormal child Psychology*, 12 (4), p. 531-546.
- DeHass, P.A. (1986). *Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls*.
- DSM-IV-TR, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* Lisboa: Climepsi Editores.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas - Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil. *Jornal of Abnormal child Psychology*, 14 (3), 457-467.
- Falardeau, G. (1997). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop
- Falardeau G (1999). *As Crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Fonseca, A. C. (1998). *Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais*. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill Portugal.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Júlio, A.R. (2009). Representações acerca da *Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Coimbra.

- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de Défice de atenção em contexto de sala de aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia
- Lopes, A. J. & Nogueira, P. A. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção: Natureza e Intervenção*. In J. Lopes, e col. (eds.). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação* (pp. 11-31). Braga: S.H.O.
- Lopes, A.J. (2003). *A Hiperactividade*. Quarteto. Coleção Nova Era: Educação e Sociedade.
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Marshin, A. e Martin, E. (1990). “Del lenguaje del transition a las necesidades educativas especiales.” In Marshasi, C. e Palacios, J. (s/d). “*Desarrollo psicológico e education III. Necesidades educativasespeciales y aprendizaje escolar.*” Madrid: Editorial Alianza.
- Messina, & Tiedeman. (2006). *Disfunção neuroquímica e o deficit no lobo frontal*.
- Ministério da Educação, (2003). *Normas de Acessibilidade na Informática*. Coleção Apoios Educativos, n.º 8. Lisboa.
- Miranda-Casas, A. & Soriano-Ferrer, M. (2000). *Intervención Psicoeducativa en estudiantes con Transtorno por Deficit de Atención con hiperactividad*. *Revista de Neurologia*, 1, 203-216.
- Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). *Transtorno de hyperactividad com deficit de atención: poemicas actuales acerca de su definición, epidemilogía, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención*. *Revista de Neurología*, 28 (supl. 2): 182-188.
- Nogueira, F. Andrade, L. (2007). *A inclusão social das pessoas com deficiência no mercado de trabalho por meio da educação*.
- Jimenez, R. B. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro. 21 – 35.

- Pfiffner, L. J., & Barkley, R. A. (1998). Treatment of AD/HD in school settings. In A.R. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.) (pp. 458-490). New York: Guilford Press.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2) 190-205.
- Ribeiro, M. D. (2008). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar - Estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.
- Richards, G.P., Samuels, S.J., Turnure, J.E. & Ysseldyke, J.E. (1990). *Sustained and selective attention in children with learning disabilities*.
- Rodrigues, D. (2001). *Educação e diferença. Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (2003). *Perspectivas Sobre a Inclusão*. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 6 (21), pp. 9-12. *Journal of Learning Disabilities*, 23 (2), 129-136.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de défice de atenção / hiperactividade: Actualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.
- Safer, D. J., Allen, R. P. (1979). *Niños hiperactivos: Diagnostico e Tratamiento*. Madrid: Santillana.
- 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).
- Shelton, T. L., & Barkley, R. A. (1995) Assessment and treatment of ADHD in children. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd ed.). New York: Guilford.

- Sosin, David & Myra (1996). *Compreender a Desordem por défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Vigotsky, L. et al., (1973). *Aprendizaje y desarrollo intelectual en la edad escolar. Psicología y Pedagogia*, p. 23-39. Barcelona: Akal.
- Wilkinson, L., & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the classroom: Symptoms and treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 395-413). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

8.2. Legislação consultada

- Lei n.º 46/86, de 14 de outubro de 1986 (Lei de Bases do Sistema Educativo).- Estabelece o quadro geral do sistema educativo no âmbito do Ministério da Educação.
- Decreto-Lei n.º 35/90 de 25 de Janeiro de 1990 Define o regime de gratuitidade da escolaridade obrigatória.
- Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto de 1991 (Aprova o Regime Educativo Especial para os alunos com NEE que frequentam os estabelecimentos de ensino básico e secundário).
- Portaria n.º 611/93 de 29 de junho de 1993 (Fixa as normas técnicas de execução necessárias à aplicação das medidas estabelecidas pelo Decreto-lei n.º 319/91, de 23 de agosto, destinadas a crianças com necessidade educativas especiais).
- Despacho n.º 105/97 de 1 de julho de 1997 (Estabelece o regime aplicável à prestação de serviços de apoio educativo, de acordo com os princípios consagrados na Lei de Bases do Sistema Educativo).
- Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro de 2008 - Revoga o Decreto-Lei 319/91. (Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo).

CAPÍTULO 9

9.1. Anexos

Anexo 1: Questionário

1 - Género *

- Masculino
- Feminino

2 - Idade *

- Menos de 30
- De 30 a 40
- De 41 a 50
- Mais de 50

3 - Tempo de serviço em anos *

- Menos de 5
- De 5 a 10
- De 11 a 20
- Mais de 20

4 - Situação Profissional *

- Professor (a) do quadro
- Professor (a) em regime de contrato

5 - Habilitações Académicas *

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6 - Nível de ensino lecionado *

- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico

7 - Possui formação especializada na área da Educação Especial? *

- Sim
- Não

8 - Durante o percurso profissional já fez Formação Contínua Específica sobre PHDA'

- Sim
- Não

9 - Já teve integrado na sala de aula algum aluno com PHDA? *

- Sim
- Não

10 - Com que nível de gravidade classificaria a PHDA tal como a conhece? *

- Muito ligeira
- Ligeira
- Nem ligeira nem grave
- Grave
- Muito grave

11 - Na sua opinião, qual o grau de gravidade das seguintes características da PHDA, de acordo com a seguinte escala? *

	Muito ligeiro	Ligeiro	Nem ligeiro nem grave	Grave	Muito grave
Agressividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teimosia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividade motora excessiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impulsividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atraso global de desenvolvimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12 - Na sua opinião, para efeitos de diagnóstico da PHDA, a criança deve: *

- Apresentar os sintomas em apenas um contexto (casa / escola / amigos)
- Apresentar os sintomas em apenas dois contextos
- Apresentar os sintomas em mais de dois contextos
- Apresentar os sintomas em todos os contextos

13 - Na sua opinião, para efeitos de diagnóstico da PHDA, os sintomas apresentados pela criança devem: *

- Permanecer há 3 meses
- Permanecer há mais de 3 meses
- Permanecer há menos de 6 meses
- Permanecer desde há 6 meses

14 - Na sua opinião, para efeitos de diagnóstico da PHDA, o início da apresentação dos sintomas na criança, deve: *

- Ter iniciado antes dos 7 anos
- Ter iniciado depois dos 7 anos de idade
- Ter iniciado entre os 7 e os 8 anos de idade
- Ter iniciado aos 8 anos de idade
- Ter iniciado depois dos 8 anos de idade

15 - Quanto à prevalência, a PHDA é: *

- Mais comum nos rapazes do que nas raparigas
- Mais comum nas raparigas do que nos rapazes
- Iguamente comum nas raparigas e nos rapazes

16 - Qual é para si a causa ou as causas explicativas da ocorrência da PHDA? (Assinale todas as que se aplicam) *

- Fatores Genéticos
- Fatores associados ao Funcionamento Familiar
- Fatores Neurológicos
- Fatores Tóxicos (Nicotina, Álcool, outras substâncias)
- Complicações pré-natais e perinatais
- Infeções virais e bacterianas
- Açúcar e outros Alimentos
- Demasiada televisão

17 - Na sua opinião, qual o grau de eficácia de cada uma das seguintes formas de Intervenção junto de crianças com PHDA? *

	Totalmente ineficaz	Ineficaz na maioria das situações	Nem eficaz nem ineficaz	Eficaz na maioria das situações	Totalmente eficaz
Medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaboração Pais - Escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio escolar/académico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 - Na sua opinião, qual o grau de eficácia de cada uma das seguintes práticas educativas, na intervenção com crianças com PHDA? *

	Totalmente ineficaz	Ineficaz na maioria das situações	Nem eficaz nem ineficaz	Eficaz na maioria das situações	Totalmente eficaz
Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Criar/proporcionar à criança atividades desportivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treino de Autocontrolo para as crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treino de Competências Sociais para as crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formação/educação para pais para lidar com estas crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da autoestima da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptar o contexto físico da sala de aula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptar materiais e processos de avaliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>