



Escola Superior de Educação João de Deus

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

Alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção e as Artes Plásticas

Célia Maria Galvão Santos

Lisboa, outubro de 2015

Escola Superior de Educação João de Deus

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

**Alunos com Hiperatividade com Défice de
Atenção e as Artes Plásticas**

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 Saraiva

Célia Maria Galvão Santos

Lisboa, outubro de 2015

Resumo

A atual filosofia da educação inclusiva exige práticas inovadoras na organização das escolas e no trabalho docente. Dada a conjuntura atual em que vivemos, verificamos que a introdução da área artística nas nossas escolas tem gerado acesas discussões, pautadas por uma incerteza sobre a sua real definição e os seus benefícios nas crianças com PHDA.

Desta forma, este estudo surge na procura da resposta para esta falta de clareza que tem vindo a pairar sobre todos os participantes do ato educativo. Constatou-se um crescente reconhecimento teórico da importância das artes no seio da educação, contudo, na prática, é preciso muito mais para alcançar tal patamar.

De acordo com esta perspetiva, foi nosso objetivo primordial para o presente estudo de investigação, analisar o papel das artes plásticas como um meio facilitador para a motivação das aprendizagens dos alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção.

Mais do que aceitar a presença dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE), é necessário facultar-lhes uma pluralidade de respostas em prol do seu desenvolvimento integral. Sendo evidentes os benefícios das artes plásticas no âmbito da educação especial, cabe ao professor da área adotar uma atitude reflexiva e ser, sobretudo, um mediador de oportunidades, objetivando efetivamente uma escola para todos.

A proposta deste projeto parte do princípio que as Artes Plásticas motivam os alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção para as aprendizagens. Desta forma, o objetivo desta pesquisa consiste num estudo mais pormenorizado sobre a opinião dos professores do 2º, 3º Ciclos e Secundário na influência das Artes Plásticas nas aprendizagens dos alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção. A metodologia é quantitativa e o instrumento utilizado foi um inquérito por questionário e para a construção da base de dados e consecutivamente para o seu tratamento, utilizou-se o programa estatístico "SPSS", Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.

Concluimos, em termos gerais que a maioria dos docentes concorda que a motivação dos alunos com hiperatividade e défice de atenção aumenta quando se recorre às Artes Plásticas.

Palavras-chave: Crianças/Alunos, Hiperatividade, Défice de Atenção e Artes Plásticas.

Abstract

The current philosophy of inclusive education requires innovative practices in the organization of schools and teaching. Given the current situation in which we live, we find that the introduction of the artistic area in our schools has generated heated discussions, guided by an uncertainty about their actual definition and its benefits in children with ADHD.

Thus, this study comes in response to demand this lack of clarity that has been hanging over all participants in the educational act. There has been a growing theoretical recognition of the importance of the arts within education, however, in practice, much more is needed to achieve that level.

According to this perspective, it was our primary goal for this research study, analyze the role of art as a means for facilitating the motivation of learning of students with Attention Deficit Hyperactivity with.

Rather than accept the presence of students with special educational needs (SEN), you must give them a plurality of responses in favor of their integral development. The benefits of art within the special education are evident, the teacher of the area adopt a reflective attitude and be more of a mediator opportunities, effectively aiming a school for all.

The purpose of this project assumes that the Fine Arts motivate students with Hyperactivity Attention Deficit for learning. Thus, the objective of this research is a more detailed study of the opinions of the 2nd teachers, 3rd cycles and secondary in influence of Plastic Arts in the learning of students with Attention Deficit Hyperactivity with. The methodology is quantitative and the instrument used was a questionnaire survey and to build the database and consecutively for your treatment, we used the statistical program "SPSS" Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.

We conclude in general that the majority of teachers agree that students' motivation with hyperactivity and attention deficit increases when it uses the Fine Arts.

Keywords: Children / Students, Hyperactivity, Attention Deficit and Arts.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu orientador Professor Doutor Horácio Saraiva, pela orientação, sabedoria, atenção, disponibilidade e incentivo, ao longo de todo o trabalho, bem como pela incansável boa disposição e motivação transmitidas.

Ao meu namorado pelo apoio incondicional.

À minha família que sempre me encorajou e possibilitou a harmonia desejada para que a execução deste projeto fosse uma realidade.

Ao Instituto Superior de Ciências da Informação e Administração de Aveiro, pela parceria com a Escola Superior de Educação João de Deus, que possibilitou a concretização do Mestrado em Ciências da Educação - Educação Especial.

À Escola Superior de Educação João de Deus que, através dos seus professores, me forneceu bases científicas e metodológicas para a minha formação.

A todos que tornaram possível a realização desta tese, aos docentes e colegas de Mestrado.

Abreviaturas

APA - American Psychiatric Association

DDAH - Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade

DHDA - Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção

DC - Distúrbio de Conduta

DO - Distúrbio de Oposição

DSM - Disfunção Cerebral Mínima

DSM II – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Second Edition

DSM III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition

PHDA - Perturbação Hiperativa por Défice de Atenção

PA - Problemas de Aprendizagem

ME – Ministério Educação

S.P.S.S – Statistical Package for the Social Sciences

Índice

Resumo	I
Abstract	II
Agradecimentos	III
Abreviaturas	IV
Índice	V
Índice Gráficos	IX
Índice Tabelas	X
Introdução	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
Capítulo 1 – Breve Referência à Evolução do Termo Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção	4
1.1 – Principais Elementos que o Caraterizam	10
1.1.1 – Défice de atenção	12
1.1.2 – Impulsividade/desinibição comportamental.....	13
1.1.3 – Atividades motora excessiva	14
1.2 – Problemas Associados	16
1.2.1 – Dificuldades de aprendizagem	17
1.2.2 – Problemas afetivo-emocionais	19
1.2.3 – Problemas de comportamento	19
1.2.4 – Problemas a nível das relações sociais	20
1.3 – Diagnóstico diferencial	21
1.3.1 – Distúrbio de oposição	22
1.3.2 – Distúrbio de conduta	24
1.3.3 – Problemas de aprendizagem escolar	25
1.3.3.1 – O PHDA pode levar aos PA	26
1.3.3.2 – O PHDA pode levar aos PA	26
1.4 – Subtipos	27
1.5 – Prevalência	29
1.6 – Etiologia	30
1.6.1 – Fatores Neurológicos	30
1.6.2 – Fatores Pré-Natais e Peri-Natais	31
1.6.3 – Fatores Genéticos.....	33

1.6.4 – Fatores Ambientais e Variáveis	35
1.6.5 – Outras Causas	36
1.7 – Intervenção	37
1.7.1 – Intervenientes no processo	37
1.7.2 – Instrumentos e metodologias de avaliação.....	39
1.8 – Papel da Família.....	43
1.9 – Tratamentos.....	44
1.9.1 – Tratamentos Farmacológicos	45
1.9.2 – A Medicação	45
1.9.3 – Terapia Comportamental	47
1.10 – A PHDA e a Escola	48
1.10.1 – Programas para o incremento de comportamentos desejáveis	50
1.10.2 – Programas que visam a diminuição de comportamentos indesejáveis	50
1.10.3 – Programas de aplicação em grupos.....	51
1.10.4 – Adaptações no ambiente da aprendizagem.....	52
1.10.5 – Adaptações para obter a atenção dos alunos	52
1.10.6 – Adaptações no ritmo de trabalho	53
1.10.7 – Adaptações para manter a atenção dos alunos	54
1.10.8 – Adaptações nos métodos de ensino	54
1.10.9 – Adaptações nas estratégias.....	54
1.10.10 – Adaptações para manter os alunos em atividade	55
1.10.11 – Adaptações na avaliação	56
1.10.12 – Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados.....	56
1.11 – Lado a lado com uma criança Hiperativa.....	56
1.12 – A importância da inclusão dos alunos com PHDA.....	57
1.13 – O conhecimento dos professores em relação à PHDA	62
1.14 – O papel dos professores no diagnóstico da PHDA	62
1.15 – Como é que os professores podem ajudar um aluno com PHDA.....	62
Capítulo 2 – Expressão Plástica e o Desenvolvimento Cognitivo	65
2.1 – Desenho Infantil	67
2.2 – Evolução Gráfica do Desenho.....	69
2.2.1 – Fases do Desenho.....	70
2.2.1.1 – Garatuja	71

2.2.1.2 – Garatuja com nome (próxima da transição para a fase seguinte)	72
2.3 – A Expressão Plástica	73
2.4 – Descoberta e Organização Progressiva de Volumes.....	74
2.4.1 – Modelagem e Escultura	74
2.4.2 – Construções	74
2.5 – Descoberta e Organização Progressiva das Superfícies.....	75
2.5.1 – Desenho	75
2.5.2 – Pintura	76
2.6 – Exploração de Técnicas Diversas de Expressão.....	76
2.6.1 – Recorte, Colagem e Dobragem	76
2.6.2 – Impressão	77
2.6.3 – Tecelagem e Costura	77
2.6.4 – Cartazes	77
2.6.5 – Fotografia Transparências e Meios Audiovisuais	77
2.7 – Competências a promover.....	77
Capítulo 3 – A Expressão Plástica e os alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção.....	80
PARTE II – Enquadramento Empírico	84
Capítulo 4 – Metodologia de Investigação	85
4.1 – Identificação do Problema e Objetivo da Investigação.....	86
4.2 – Hipóteses de Estudo e Variáveis de Estudo.....	87
4.3 – Identificação do Método e Instrumentos.....	89
4.4 – Identificação da População e Amostra	91
4.5 – Procedimentos Estatísticos / Tratamento da Informação	93
4.5.1 – Análise Descritiva: Organização e apresentação de dados.....	93
4.5.2 – Análise inferencial.....	94
4.6 – Cronograma	96
Capítulo 5 – Apresentação dos Resultados	97
5.1 – Análise descritiva.....	98
5.1.1 – Representação gráfica da caracterização da amostra	98
5.1.2 – Opinião dos profissionais da educação	104
5.2 – Análise inferencial.....	106
5.2.1 – Averiguação das hipóteses.....	106
Capítulo 6 – Discussão dos Resultados	120

6.1 – Discussão dos Resultados Obtidos	121
Limites ao Estudo	125
Linhas futuras de Investigação	125
Conclusões	126
Referências Bibliográficas	127
Webgrafia	132
Notas explicativas.....	132
Apêndices A - Inquérito por questionário

Índice Gráficos

Gráfico 1 - Género	98
Gráfico 2 – Idade	99
Gráfico 3 – Habilitações Académicas	99
Gráfico 4 – Tempo de Serviço	100
Gráfico 5 – Situação Profissional	101
Gráfico 6 – Nível de Ensino	101
Gráfico 7 – Possui alguma formação na área das NEE?	102
Gráfico 8 – Tem formação nalguma área das Artes Plásticas?	103
Gráfico 9 – Cruzamento entre variáveis Q1.1 e “Nível de Ensino”	107
Gráfico 10 – Cruzamento entre variáveis Q1.2 e “Nível de Ensino”	109
Gráfico 11 – Cruzamento entre variáveis Q1.3 e “Nível de Ensino”	110
Gráfico 12 – Cruzamento entre variáveis Q2.2 e “Nível de Ensino”	115
Gráfico 13 – Cruzamento entre variáveis Q2.2 e “Nível de Ensino”	116

Índice Tabelas

Tabela 1 - Frequências absolutas e relativas das variáveis associadas às questões Q1.1, Q1.2 e Q1.3.....	104
Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas das variáveis associadas às questões Q2.1, Q2.2	104
Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas das variáveis associadas á questão Q3 ..	105
Tabela 4 - Sumário das frequências: absolutas e relativas do grau de concordância sobre as questões de Artes Plásticas	105
Tabela 5 - Sumário descritivo do cruzamento entre as variáveis das questões Q1.1, Q1.2, Q1.3 e a variável “Nível de Ensino”	107
Tabela 6 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência” e testes de Associação	108
Tabela 7 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência”	109
Tabela 8 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência”	110
Tabela 9 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” á questão Q11	111
Tabela 10 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” á questão Q7	112
Tabela 11 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” á questão Q12	113
Tabela 12 - Sumário descritivo do cruzamento entre as variáveis das questões Q2.2, Q3 e a variável “Nível de Ensino”	114
Tabela 13 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência” e testes de Associação	115
Tabela 14 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência” e testes de Associação	116
Tabela 15 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” á questão Q4	118
Tabela 16 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” á questão Q9	118
Tabela 17 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” á questão Q10	119

Introdução

“Compreender o «outro» que é diferente de mim, partindo sempre do pressuposto que ser diferente não é sinónimo de ser inferior.” Duarte (2000, p. 20)

Nas nossas escolas, a heterogeneidade é cada vez maior. Nelas convivem crianças pertencentes a vários níveis sociais, de diferentes culturas e com capacidades físicas e intelectuais também diversas. Compreender e respeitar as capacidades de cada um, as suas semelhanças e diferenças, é fundamental para o sucesso e para o bom relacionamento dos indivíduos.

A escola desempenha um papel formador, como tal, deve ser um local de intervenção, capaz de garantir um percurso de sucesso que conduza o aluno a uma formação integral, assegurando o seu direito a interagir na sociedade.

É necessário diversificar os métodos de ensino, melhorar as práticas pedagógicas, e refletir sobre as mesmas para que os alunos possam desenvolver competências de acordo com os seus ritmos de aprendizagem.

A perturbação de hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é não só um dos mais estudados, como também, um dos mais controversos distúrbios de desenvolvimento da criança. Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc., são apenas algumas das características com frequência atribuídas a estas crianças. Por estas e outras características, as crianças com PHDA encontram-se inegavelmente, numa situação familiar, social, escolar e emocional muito complexa.

Professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e naturalmente pais, têm vindo a dedicar grande atenção e interesse a um problema que, não raras vezes, os tem colocado em situações de desafio.

Efetivamente, é frequente encontrarmos pais e professores desesperados face a estas situações e, principalmente, pouco preparados para as enfrentar de forma a minimizar as consequências.

A Expressão Plástica é um dos modos mais característicos que a criança tem, não só de observar e manipular a matéria, de forma criativa, como também, de comunicar ao exterior a sua particular visão do meio, sua aquisição permanente de noções e a necessidade de partilhar com os outros o seu estado emocional. Segundo Santos (1997):

“A Expressão Plástica converte-se num óptimo meio para a iniciação das aprendizagens instrumentais básicas: leitura e escrita. É através do desenho, da pintura e da modelagem de formas que a criança melhor acede ao símbolo gráfico, à sua compreensão e utilização.”

Como tal os professores devem trabalhar mais a Expressão Plástica de forma a motivar os alunos com PHDA para as aprendizagens.

Neste sentido surgiu a necessidade de saber se a Expressão Plástica é um meio facilitador para a motivação das aprendizagens dos alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção. Foram formuladas seis hipóteses, face a este problema.

Desta forma o objetivo imediato deste trabalho é saber se os professores do 2º e 3º Ciclos, apresentam um maior conhecimento sobre o que é PHDA, comparativamente com os do secundário; saber se os alunos ficam mais motivados com o Ensino das Artes Plásticas; averiguar se as Artes Plásticas contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA ;comprovar se as Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação dos alunos; demonstrar que os professores do 2º e 3º Ciclos estão mais aptos para trabalhar com os alunos com PHDA, comparativamente com os do secundário, e por fim confirmar se as artes plásticas são estratégia favorável na prática educativa.

Sendo assim, este projeto está dividido em cinco capítulos, sendo que no primeiro apresentaremos uma fundamentação mais teórica sobre a Hiperatividade com Défice de Atenção, no segundo capítulo abordaremos as Artes Plásticas, no terceiro capítulo falaremos da importância das Artes Plásticas nas crianças com Hiperatividade com Défice de Atenção, no quarto Capítulo referiremos a metodologia de investigação que utilizaremos para a elaboração do projeto. No quinto Capítulo, trataremos de dados de pesquisa empírica com a apresentação dos resultados.

Com a recolha de dados, o tratamento e avaliação do inquérito por questionário deu-se resposta ao objetivo específico deste trabalho.

A conclusão incluiu as reflexões realizadas quanto às relações que se conseguiram estabelecer entre a problemática inicial e os resultados obtidos ao longo da intervenção investigativa. Finalmente, são apresentadas as referências bibliográficas, a legislação consultada e os apêndices que achamos pertinentes.

Espera-se contribuir, com este trabalho, para uma maior sensibilização dos profissionais da educação, para as questões relacionadas com esta temática, embora conscientes de que a escola ainda não está preparada para responder eficazmente às necessidades das crianças que apresentam tais perturbações.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

**CAPÍTULO 1 – BREVE REFERÊNCIA À EVOLUÇÃO DO
TERMO PERTURBAÇÃO DA HIPERATIVIDADE COM
DÉFICE DE ATENÇÃO**

A Hiperatividade ou, na designação científica atual, a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é responsável pela enorme frustração que pais e filhos portadores desse distúrbio experimentam a cada dia. Crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com PHDA são frequentemente rotulados de "problemáticos", "irresponsáveis", "(...) na verdade, agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc., são apenas algumas das características com frequência atribuídas a estas crianças". (Lopes, 2004, p.15).

A PHDA, apesar de ainda hoje ser um dos mais controversos distúrbios de desenvolvimento, tem sido alvo de investigação há várias décadas. Na verdade os primeiros escritos sistemáticos relativos a crianças agressivas, com problemas de controlo dos impulsos, desafiantes e indisciplinadas surgem nos finais do século XIX início do século XX (Lopes, 2004, p.16)

Já em 1877, na Inglaterra era referida a importância da hiperatividade como um sintoma de crianças atrasadas mentais; em 1897, na França descrevia-se um grupo de crianças que se caracterizavam, antes de mais, pela sua instabilidade, falta de atenção e pela mobilidade excessiva ou descoordenada, que aliás são as características fundamentais da PHDA (Fonseca, 1998). Todavia, os vários autores, apontam para Still (médico inglês) como o primeiro a descrever as características deste distúrbio, em 1902 (Miranda & Santamaria, 1986). O grupo de crianças por ele estudado apresentava os seguintes sintomas: incapacidade de se manterem atentas, irrequietude, expulsões violentas e a destrutividade. Estas características do comportamento eram mais observadas nos rapazes do que nas raparigas e estavam relacionadas com manifestações do comportamento anti-social. Note-se que a prevalência do distúrbio, e tal como se comprova atualmente, era superior nos rapazes do que nas raparigas. (Fonseca, 1998).

Naquela altura de uma forma geral, os distúrbios eram vistos como tendo uma base fundamentalmente biológica e sendo pouco permeáveis à mudança pelo que os fatores ambientais e sociais eram largamente negligenciados (Schachar, 1986, Barkley, 1996 cit por Lopes, 1998a). No entanto, Still já considerava haver um subgrupo dentro dos rapazes hiperativos onde não se encontrava qualquer etiologia precisa (Salgueiros, 1996).

Na América, o grande interesse pela PHDA, é despertado pelo grande surto de encefalite de 1917-1918 (Lopes, 1998a; 2004,p18). É também nesta altura que a tendência a associar a hiperatividade da criança a lesões cerebrais, sai reforçada. De facto, muitos indivíduos atingidos por essa doença apresentavam comportamentos semelhantes aos que hoje se incluem na categoria PHDA. Nessa altura, a designação, mais utilizada era a de

"distúrbio pós-encefálico do comportamento" (Hohman, 1992; Ebaugh, 1923 cit. por Fonseca, 1998).

Segundo (Clements & Petter, 1934 cit. Por Fonseca, 1998), a ideia de que a hiperatividade da criança tem uma base orgânica contínua presente nas décadas seguintes, refletindo-se em expressões como impulsividade orgânica, lesão cerebral mínima, hipoeexcitação do sistema nervoso e, mais tarde, disfunção cerebral mínima.

O interesse conjunto de trabalhos publicados entre 1936 e 1941 (Bradley, 1937, Bradley & Browen, 1940, Goldstein, 1936 e Molitch & Eccles, 1937 cit. por Lopes, 1998 a, p.23) "sobre o tratamento de crianças com diversos tipos de psicopatologias constitui, igualmente um marco na evolução de DHDA e, em geral, dos distúrbios desenvolvimentais da infância"

Só em 1935 é que Childers diferencia claramente as crianças hiperativas das que têm uma lesão cerebral, afirmando que só numa pequena proporção de crianças hiperativas é possível encontrarem sinais de lesão cerebral.

A raiz orgânica/neurofisiológica desta perturbação prevalece, aliás ainda mais reforçada com o trabalho de Bradley (1937). Este estudo, sobre o efeito positivo da benzedrina no comportamento e no percurso escolar de um grupo de crianças hiperativas de inteligência normal, veio a ser considerado pioneiro na psicofarmacologia infantil Salgueiros (1996).

Anos depois, em 1947, Strauss e Lehtinen, atribuíram a este quadro de sintomas o nome de " lesão cerebral mínima", acreditando assim, existir uma pequena lesão cerebral (Angelotti, 1996). Todavia, segundo Dugas (1987), foi em 1963 que a Oxford Internacional Study Group of Child Neurology defendeu não se poder inferir uma lesão cerebral unicamente a partir de sinais comportamentais, e recomendou a substituição da expressão «lesão cerebral mínima» pela «disfunção cerebral mínima» (Salgueiros, 1996, p.15).

Em 1996, um grupo de estudos organizado pela National Society For Crippled Chindrenand Adults, deram a seguinte definição à disfunção cerebral mínima: às categorias diagnosticadas e descritivas no termo Disfunção Cerebral Mínima, referem-se a crianças com inteligência próxima ou superior á média, com problemas de aprendizagem e/ou certos distúrbios de comportamento de grau leve a severo, associados a discretos desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses podem ser caracterizados por várias combinações de défices na percepção, conceptualização, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos nervosos e coordenação motora (Clements, 1996 cit. por Lopes, 2004, p. 20). Sintomas similares podem ou não complicar o quadro de crianças com Paralisia Cerebral, Epilepsia, atraso mental, cegueira ou surdez. Essas aberrações podem

originar-se de variações genéticas, irregularidade bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas. A definição também admite a possibilidade de que a privação severa ou um trauma, ocorrido precocemente, podem resultar alterações do sistema nervoso central, possivelmente permanentes. Durante os anos escolares, uma variedade de dificuldades especiais de aprendizagem constituem as mais importantes manifestações da condição que é designada por esse termo (Angelotti, 1996). Neste estudo foram apresentados noventa e nove sintomas que caracterizam esse distúrbio, passando de seguida a apresentar os dez mais frequentemente referidos pelos autores, como indicando a presença de DMC: hiperatividade, deficiências perceptivo - motoras, habilidade emocional, défices de coordenação motora, distúrbios da atenção (baixos níveis de atenção, distração, perseverança), impulsividade, distúrbios da memória e pensamento, distúrbios específicos de aprendizagem (Leitura, aritmética, escrita), distúrbios auditivos e de discurso, sinais neurológicos equívocos e irregulares eletroencefalográficas (Lopes, 1998a).

Contudo e à medida que o DCM era aprofundado foi-se verificando que este termo se aplicava a uma grande variedade de problemas e crianças com características muito diferentes, obrigando a um esforço de delimitação de campos. Desta forma, investigadores de diferentes formações dedicaram-se ao estudo de aspetos específicos das crianças DCM. Um dos grupos de investigadores dedicou-se fundamentalmente aos problemas da escrita, leitura e matemática de onde viria a resultar o desenvolvimento e consagração da noção de dificuldades de aprendizagem (Albert, 1985, Altus, 1956, Bannatyne, 1979, Bradley e Bryand, 1978, Bruyck, 1992, Farnham-Doggory, 1978, Manis et al, 1993). Uma segunda linha de investigação centrou-se no estudo da hiperatividade, desatenção e impulsividade, ou seja, no conjunto de comportamentos que hoje se considera como típicos do DHDA (Barkley e Ullman, 1975, Bauermeister et al, 1992, Chess, 1960, Cohen, Weiss & Minde, 1972, Douglas & Peters, 1979, Lahey, Stempniack, RobinSón & Tyroler, 1978, Pennington, Groisser & Welsh, 1993, Schachar, 1986, Taylor, 1986). Um terceiro grupo de investigadores dedicou-se especificamente ao estudo da relação entre os problemas sociais e emocionais e às dificuldades de aprendizagem escolar (Alexandre, Entwisle e Dauber, 1993; Asher & Dodge, 1986; Fuerst, Fisk & Rourke, 1990; Hazel & Schuaker, 1998; Parker & Asher, 1987; Rourke, 1985; Simmer, 1983, entre outros cit. por Lopes, 1998a, 2004, p.22).

Posteriormente e como fruto desta insatisfação relativamente ao termo da DCM, um grupo de autores sugeriram a substituição pelo termo "Síndrome hiperactivo na infância", como aliás é referido no DSM II (1968). Nesta altura, o DHDA era caracterizado como um

problema a nível da conduta (Ross y Ross, 1972 cit. por Miranda et al., 1986). Desta forma, a atividade motora excessiva era o aspeto mais frequentemente referenciado, descrevendo-se a criança hiperativa como aquela que manifesta uma constante e involuntária atividade motora (Chess, 1996 cit. Por Lopes, 1998).

A partir daqui, várias foram as tentativas e esforços no sentido de objetivar e aprofundar o conhecimento deste distúrbio. Um artigo " historicamente significativo" foi o de Chess (1960) que:

"(1) enfatizou a importância da actividade como aspecto definidor do distúrbio; (2) realçou a necessidade de obter evidência sintomatológica objectiva, independentemente das apreciações dos pais e professores; (3) retirou aos pais a "culpabilidade" pelos problemas dos filhos; (4) separou os conceitos de " síndrome de hiperactividade "e "síndrome de lesão cerebral" (Barkley, 1990). Por outro lado e tal como autores da época (Werry & Sprague, 1970, entre outros) postulou que este quadro sindromático, embora podendo resultar de uma patologia orgânica, pode igualmente ocorrer na sua ausência" (ib.,p. 27,2004,p.23).

Efetivamente, a partir dos anos sessenta, foi-se colocando uma ênfase cada vez maior nas manifestações comportamentais desse distúrbio, evitando-se as especulações relativas às suas origens orgânicas ou a conflitos internos da criança. Esta mudança de perspectiva está bem ilustrada no DSM II (APA, 1986) onde o diagnóstico de reações hipercinéticas da criança coloca a ênfase na excessiva atividade motora e nos problemas de atenção, sem se especular sobre as suas origens (Fonseca, 1998).

No ano de 1972, o conceito de hiperatividade experimenta uma importante mudança. Douglas, no seu discurso presidencial a "Canadian Psychological Association", defende que o problema principal das crianças hiperativas não é o seu excessivo nível de atividade, mas antes a sua incapacidade para manter a atenção, bem como a sua impulsividade. Esta incapacidade para " Parar, olhar e escutar" explica a maior parte dos problemas associados que estas crianças manifestam. Os critérios de diagnóstico concretos e sistematizados por (Douglas, 1972), e posteriormente por (Campbell, 1976), eram os seguintes;

"Crianças remetidas a clínicas de saúde mental devido à inquietude motora, distrabilidade, curtos períodos de atenção, incapacidade para permanecer sentados e escasso controlo dos impulsos. Apresentam este problema desde

a primeira infância e não vêm de lugares caóticos. Excluem-se às crianças com psicoses, lesão cerebral, atraso mental ou deficiências sensoriais. Esta conduta manifesta-se tanto em casa como na escola" (Fonseca, 1998, p.17).

Na Europa, a tendência e a manutenção (a Holanda e alguns países nórdicos constituem claras exceções) da denominação "distúrbio hipercinético da infância" (ICD-10, 1990), prolongando a linha de rotura com a estrutura e nomenclatura do DSM.

Se a década de 70 havia assistido a uma autêntica " explosão" no número de trabalhos publicados sobre hiperatividade, a década de 80 acentuou profundamente essa tendência, tornando-se mesmo este distúrbio o mais estudado da infância.

Em termos gerais:

"Os anos 80 são caracterizados por um esforço (1) de especificação dos critérios diagnósticos do distúrbio, (2) de estabelecimento de linhas orientadoras para realização de diagnósticos diferenciais fiáveis e ainda (3) por uma progressiva contestação da ideia de que os "défices de atenção" constituem a vertente definidora fundamental do distúrbio" (Lopes, 1998a, p.32; 2004, p.30).

Assim, após um período de primazia reservada aos défices de atenção a atividade motora excessiva aparece, de novo, como o elemento central deste distúrbio (Fonseca, 1998).

No início dos anos 90 assistiu-se à publicação do ICD-10 (1990) no qual, relativamente ao distúrbio Hiperkinético, e como já referimos, são mantidas as linhas essenciais de anteriores edições. Contrariamente, o DSM- IV (1994) consagra uma nova subdivisão da lista de sintomas em que, por um lado, são agrupados sintomas de "hiperatividade-impulsividade" e por outro os de "desatenção". Mas, mais importante do que isso, é a forte ênfase na necessidade de o despiste ser realizado em " contextos estruturados" com um muito particular destaque para as salas de aula. Assim, embora se mantenha que a desatenção, impulsividade e os níveis excessivos de atividade constituem os traços essenciais do problema, acentua-se que eles deverão ser observados por períodos mais ou menos prolongados nos contextos em que mais frequentemente ocorrem, pelo que os professores são considerados observadores particularmente privilegiados, a que aliás, tem sido referenciado por muitos autores

(Lahey et al, 1985, McGee & Silva, 1987, Platzan, Stay, Brown, Coles, Smith & Faleck, 1992, Vaessen, 1991, cit. por Lopes, 1998; 2004, p. 52)

Apesar de inúmeras investigações a que se verifica e que ainda não há um consenso relativamente ao conceito de DHDA (Garcia, 1998)

“(...) os actuais problemas de definição, identificação e avaliação do DHDA se enquadram no problema no problema mais geral de identificação e avaliação dos problemas de comportamento e de aprendizagem da infância. (...) Ao "excessivo" peso conferido durante os anos 80 aos "défices de atenção", seguiu-se um refluxo mas sem que se entenda com clareza se os investigadores supõem que o seu papel na identificação do distúrbio é suficiente para que se mantenha a denominação "distúrbio de Défice de atenção".” (Lopes, 2004,p.65)

Cardo & Servera-Barceló (2005) referem que a PHDA tem uma base genética, em que estão implicadas diversos fatores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande atividade motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no seu desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e no seu ajustamento social.

1.1.Principais Elementos que o Caraterizam

Numa boa parte dos estudos dedicados ao PHDA são utilizadas descrições muito vagas do distúrbio (Cantwell & Baker, 1992 e Barkley, 1982), numa revisão da investigação publicada nos vinte anos anteriores, verificou-se que a maioria dos trabalhos não fornecia sequer critérios diagnósticos, baseando-se pois nos autores na sua própria opinião quanto à presença ou ausência do distúrbio. (Lopes, 1998a).

Na verdade o PHDA não é como um braço partido ou como uma dor de garganta, isto é, o PHDA não tem sinais físicos visíveis e claros que podem ser observados numa radiografia ou numa análise de laboratório. Só é possível identificá-lo através da evidência de certos comportamentos que são característicos deste distúrbio.

Apesar de o DSM-IV e o ICD 10 constituírem avanços significativos no sentido de procurar estabelecer critérios precisos para a sua determinação, ainda existe uma grande controvérsia quanto à sua definição e às dimensões que o caracterizam.

Barkley procurou abarcar as definições deste distúrbio numa só, definindo DHDA da seguinte forma:

"O distúrbio Hiperactivo de Déficit de Atenção é um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentalmente inapropriados de desatenção, sobre actividade, as quais têm frequentemente o seu início na primeira infância, têm uma natureza crónica, não simplesmente explicáveis por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou distúrbios emocionais severos. Estas dificuldades aparecem tipicamente associadas a défices no comportamento orientado por regras e na manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo." (Barkley, 1990, p. 47, cit. por Lopes, 1998a, p.53).

De uma forma geral, a descrição mais comum destas crianças, indica que o seu comportamento é caótico, inquieto não focalizado em objetivos ou finalidades concretas e carente de persistência. Portanto, trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, não prestam atenção na sala de aula, mudam constantemente de tarefa e apresentam uma atividade motora permanente e incontrolada, sem que seja dirigida a um determinado objetivo ou fim. Têm dificuldades para permanecer quietos, sentados, respondem precipitadamente, não deixando finalizar a formulação da questão. Também se mostram impacientes e não são capazes de esperar pela sua vez nas atividades coletivas. Interrompem as atividades dos companheiros e membros da família. Podem facilmente sofrer acidentes e quedas, uma vez que os seus comportamentos refletem uma escassa consciência de perigo. São desobedientes pois habitualmente não cumprem as instruções que recebem.

Tendo presente esta noção e analisando os critérios de diagnóstico do DSM-IV e do ICD-10, podemos dizer que as crianças hipercinéticas caracterizam-se por uma constelação de sintomas que geralmente se incluem em três categorias (Fonseca, 1998); " 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." (DSM-IV, 1994,p.80). Estas três características são conhecidas como a "santíssima trindade", deste distúrbio.

De seguida, passaremos a analisar cada uma dessas categorias, separadamente:

1.1.1. Défice de atenção

As crianças hiperativas têm dificuldades em se concentrar e prestar atenção de forma consistente quando comparadas com os seus colegas (Smith, 2001). Quanto mais desinteressante e repetitiva for uma tarefa, maior a dificuldade apresentada, por estas crianças (Goldstein & Goldstein, 1992). Geralmente, têm dificuldade em terminar os jogos ou tarefas iniciadas (Fonseca, 1997, Perez, 1997a), em contra partida, quando se encontram motivadas ou atraídas por algo podem mostrar um nível de atenção mais elevada e uma predisposição face ao trabalho maior do que o normal, para eles, noutras condições (Miranda, e tal., 1986).

"Estas crianças vêm-se forçadas a reagir perante estímulos, mostrando-se atraídas por pormenores irrelevantes e, por falta de capacidade para os organizar hierarquicamente, têm a mesma reacção perante o essencial e o acessório. Paradoxalmente, a criança pode apresentar perseverança, ou seja, incapacidade para desviar a atenção de algo irrelevante, persistindo em actividades verbais, motoras ou visuais" (Johston,R.B., Hálsam e Valletutti, 1980 cit. por Vasquez, 1993, p. 164)

Os seus trabalhos são muitas vezes desordenados, descuidados e feitos sem reflexão. Frequentemente estão a pensar noutra coisa como se não ouvissem quando lhe dirigimos a palavra diretamente. Com frequência não seguem as instruções e não terminam os trabalhos escolares, encargos ou deveres (DSM-IV, 1994 e Fonseca, 1999). Por exemplo é frequente realizarem um trabalho diferente do pedido pela professora (Perez, 1997). Por este motivo, vários estudos (Douglas, 1980; Rosenthal y Allen, 1980), têm demonstrado que as crianças com DHDA cometem mais erros em relação às outras crianças (Fonseca, 1999., Miranda et al, 1986).

Na origem desta incapacidade de utilizar a atenção de maneira intensa, prolongada e eficiente, estaria um Défice de auto - regulação (Douglas, 1989 cit. por Fonseca, 1998).

Segundo Romero (1988, 1990 cit. por Lozano e Cadavi, 1998) existe um aspeto relevante no Défice atencional, em crianças hiperativas, aspeto denominado por limitação da capacidade de processamento.

"Embora as capacidades de processamento de informação das crianças com hiperactividade continuem intactas, elas têm um desempenho muito fraco em tarefas que facultam ao indivíduo pouco suporte, despertam pouco interesse ou trazem associados factores de distracção (novidade da situação ou ruído)." (ib., p.7).

Atualmente, parece emergir uma tendência para se considerar que as limitações de processamento de informação das crianças com PHDA não se devem propriamente a mecanismos de atenção deficitários e que existem duas áreas em que elas se distinguem consistentemente das outras crianças: (1) na estratégia de processamento da informação e (2) na " distribuição " energética a que recorrem como resposta às tarefas centrando-se o Défice ao nível da activação da atenção (Lopes, 1998b; 2004,p.80).

1.1.2. Impulsividade/desinibição comportamental

As crianças com PHDA manifestam uma grande incapacidade em inibir condutas que os levam a satisfações imediatas, daí que alguns autores defendam que, estas crianças têm uma escassa tolerância à frustração, dificuldade no controlo dos impulsos e no auto controle (Garcia, 1998 e Moore, 1994). Apresentam, ainda, dificuldade em pensar antes de agir, como descreve Barkley, na maioria das vezes, eles entendem e conhecem as regras, mas a sua necessidade de agir rapidamente sobrepõe-se à sua reduzida capacidade de autocontrolo, resultando em comportamentos inadequados e irrefletidos (Goldstein et al., 1992).

"Tipicamente estas crianças respondem rápida e precipitadamente às questões que lhe são colocadas, têm dificuldade em seguir instruções e não esperam pela sua vez em jogos ou filas. Existe igualmente um risco acrescido de sofrerem acidentes, uma vez que se envolvem em actividades perigosas sem ter em consideração o seu perigo potencial. (...) Deste modo, a impressão que fornecem às pessoas que lidam de perto com elas e ainda mais aquelas que só o fazem esporadicamente, e o de serem crianças "imaturas", "irresponsáveis", "mal-educadas", "preguiçosas", "impertinentes", "difíceis de aturar". Porém, poucos adultos se apercebem que são igualmente crianças mais castigadas, criticadas e ostracizadas pelos adultos e pelos

pares, o que implica um óbvio sofrimento pessoal.” (Lopes, 1998a p.61; 2004 p. 82).

Barkley (1990) considera que esta característica impulsividade/desinibição comportamental é a "imagem de marca" deste distúrbio, justificando-o com três razões essenciais:

1. Em primeiro lugar porque aquilo que distingue as crianças com DHDA de crianças com outros distúrbios clínicos e de crianças normais não é tanto a desatenção mas a hiperatividade e a desinibição comportamental.

2. Em segundo lugar, quando medidas objetivas dos três sintomas cardiais da DHDA são sujeitas a análises discriminantes, os sintomas que melhor discriminam as crianças com DHDA das restantes, são os erros por impulsividade e os níveis excessivos de atividade.

3. Em terceiro lugar, a ordenação dos itens do DSM - III - R para diagnóstico de DHDA - que corresponde ao poder discriminativo desses mesmos itens - evidencia que os itens que possuem maior poder discriminativo são aqueles que estão relacionados com um controlo pobre de impulsos e com a incapacidade de inibição de comportamento (Barkley & Barkley e Grodzinsky, 1990).

A conjugação destas três razões leva Barkley (1990) a avançar com a hipótese de os problemas de atenção são secundários relativamente à desinibição comportamental e ao controlo dos impulsos (Barkley, 1990, 1997 cit por Lopes, 2004 p.84).

1.1.3. Atividade motora excessiva

No que diz respeito ao aspeto da inquietude ou atividade motora excessiva, existem igualmente numerosos dados empíricos que mostram que as crianças com PHDA se situam claramente acima da média das crianças normais da sua idade (Fonseca, 1998).

Estas crianças manifestam um nível excessivo de movimento corporal que se traduz numa atividade quase permanente e incontrolada e que geralmente não tem uma finalidade concreta, surgindo em movimentos inadequados. São excessivamente agitadas e ativas, apresentando dificuldades em se controlarem, em situações que exijam que permaneçam sentadas e em silêncio (Goldstein, 1992). “Levantam-se constantemente, mexem nas cadeiras, transportam objetos de um lado para o outro, batem palmas e mexem os pés e as pernas excessivamente.” (DSM – IV, 1994, p.81).

Para além de apresentarem uma atividade motora excessiva, também falam demasiado.

Contudo, a mobilidade excessiva contrasta com a rigidez e a falta de flexibilidade nos seus movimentos, características que influenciam os seus frequentes acidentes. Os problemas de coordenação motora, também afetam, a sua motricidade fina, pois apresentam dificuldades para realizar atividades que exigem coordenação manual, como por exemplo, apertar os botões ou os sapatos. (Garcia, 1998).

É óbvio que qualquer uma das três características deste distúrbio, isoladamente ou em conjunto, aparece num grande número de crianças em idade escolar, podendo, por isso, considerar-se como uma característica transitória do processo normal do desenvolvimento ou como traço de personalidade. Não obstante, para se poder falar de PHDA, é necessário que vários sintomas apareçam juntos ou associados com certa regularidade e que isso perturbe significativamente o processo de desenvolvimento ou o nível de adaptação dessas crianças (Fonseca, 1998). É com este intuito que a DSM IV e o ICD - 10, apresentam os critérios necessários para se fazer tal diagnóstico. Porém a definição de PHDA, com base unicamente no número de sintomas apresentados, num determinado momento, pode ser enganosa. Por exemplo, enquanto um indivíduo, com essas características, pode ter uma vida socialmente adaptada ao meio que o rodeia, outro indivíduo poderá ficar terrivelmente perturbado ou diminuído no seu funcionamento. Além disso, esses mesmos comportamentos podem ser percebidos de maneira diferente em função da idade, do grupo ou da cultura e de cada pessoa. Por isso, apesar dos esforços feitos nas últimas versões dos grandes manuais de classificação e diagnóstico para definir com maior rigor o critério do DHDA, esta continua a ser uma questão em aberto (ib.).

Antes de terminar este capítulo parece-nos imperioso referir que a última década, segundo Barkley (1994) conduziu a incontornável conclusão de que o DHDA não constitui fundamentalmente um distúrbio ao nível da atenção mas sim um Défice ao nível das funções que se supõem controlarem a inibição das respostas (Lopes, 1998 a). Essas funções, denominadas "funções executivas", para além do controlo inibitório (pobre no caso das crianças com DHDA) são supostamente responsáveis por competências como:

- " (1) fixar ou manter em memória de trabalho imagens mentais ou mensagens relacionadas com acontecimentos externos, de forma a que o indivíduo as consiga utilizar;
- (2) recorrer à experiência anterior para lidar com acontecimentos actuais;
- (3) antecipar consequências;
- (4) estabelecer

objectivos e planos de acção; (5) evitar reagir a estímulos que provavelmente interferem com o comportamento orientado para objectivos; (6) utilizar o discurso interno para auto - regulação e comportamento orientado para objectivos; (7) regular o afecto e a motivação face às exigências das situações; (8) separar o afecto da informação (ou os sentimentos dos factos); (9) analisar e sintetizar" (Barkley, 1994, cit por Lopes, 1998 b, p. 155; 2004, p.62)

Desta forma Barkley, avança com uma nova definição de distúrbio:

"O DHDA consiste em deficiências desenvolvimentais na regulação e manutenção do comportamento através de regras e consequências. Estas deficiências dão origem a problemas de inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou estímulos e de adesão a regras ou instruções, fracas ou inexistentes. Às deficiências são evidentes na primeira infância, provavelmente crónicas e embora possam melhorar com a maturação neurológica, evidenciam-se persistentes em comparação com as realizações de crianças normais da mesma idade, às quais também melhoram com o desenvolvimento" (Barkley, 1990, p. 71, cit. por Lopes, 1998 a, p.67)

1.2. Problemas Associados

Nos últimos anos tem-se verificado que a DHDA se apresenta bastante associado a outros problemas (Michanie, 1996), isto é, nas crianças diagnosticadas como DHDA, são normalmente descritas como apresentando para além dos comportamentos de hiperatividade, impulsividade, desatenção, um conjunto amplo de problemas associados. A denominação " problemas associados" (ou comórbidos) deriva do facto de, apesar da sua frequência nem todas as crianças com DHDA os exibirem, pelo que não são considerados necessários para a realização do diagnóstico (Lopes, 1998 a).

Neste capítulo iremos abordar, numa forma geral os problemas mais frequentes associados a DHDA.

1.2.1. Dificuldades de aprendizagem

"Os resultados encontrados na literatura relativamente ao desenvolvimento intelectual das crianças com DHDA estão longe de serem claros. (...) Não se sabe se os seus desempenhos representam diferenças reais entre as crianças ou se resultam de dificuldades de desempenho das crianças DHDA, devido ao seu comportamento hiperactivo e impulsivo". (Fonseca, 1998, p.70)

Contudo, o que se tem verificado é que existe uma associação entre hiperatividade e dificuldades de aprendizagem, sendo inclusive, para alguns autores, difícil definir as fronteiras entre ambos (Cantwell e Baker, 1987). Para alguns investigadores a DHDA é uma consequência das dificuldades de aprendizagem e, de modo particular, do desinteresse ou da desmotivação que os sucessivos insucessos escolares vão originar em tais crianças. Para outros, os indivíduos com hiperatividade e dificuldades de aprendizagem constituem simplesmente um distúrbio diferente daqueles dois distúrbios tomados isoladamente. Para outros autores, ainda os dois distúrbios são independentes embora podendo, por vezes, aparecer juntos num mesmo indivíduo. (Fonseca, 1998)

Alguns pesquisadores sugerem simplesmente que as crianças hiperativas não são tão inteligentes quanto as outras crianças. Contudo esta posição merece alguma reflexão. Para realizar as atividades, por exemplo de uma nova psicométrica, corretamente, uma criança precisa não apenas de exibir as aptidões necessárias, mas também possuir a capacidade de ouvir e seguir as instruções, prestar atenção e persistir até que a prova seja completada. A criança deve também ser capaz de parar para pensar e seleccionar a resposta mais indicada. No entanto, as crianças hiperativas apresentam dificuldades a este nível, o que influencia, provavelmente, os resultados nas provas.

Como estas crianças, são agitadas e distraídas, apresentam dificuldades em concentrar a atenção nos professores e nas tarefas. Aprendem menos das discussões de grupo do que os outros estudantes, beneficiam menos do estudo individual, são lentas a completar trabalhos de casa e os testes e muitas vezes são incapazes de lembrar ou de seguir as orientações que lhe são dadas (Weiner, 1995).

"Para além destes problemas existem ainda, os problemas relacionados com a linguagem e discurso, que tal como os anteriores são fundamentais para o percurso escolar. A este nível sabe-se que, apesar destas crianças falarem

mais do que as crianças normais.” (Barkley, Cuningham & Caison, 1983 cit. por Lopes, 1998 a)

“O seu discurso é menos elaborado, menos fluente e mais frequentemente acompanhado de défices articulatórios do que nas crianças normais” (Barkley, et al, 1991; Hartsough & Lambert, 1985; Szatmari, Offord & Boyle, 1989 cit. por Lopes, 1998 a)

“Por outro lado, quando as tarefas exigem o planeamento e organização do discurso interno, os défices evidenciam-se, supostamente porque o discurso explicativo implica a utilização de processos cognitivos mais elaborados, ligados aos processos executivos, área em que se julga serem as crianças com DHDA particularmente vulneráveis (Zentall, 1985 cit. por Lopes, 1998 a).

Segundo os dados obtidos na maioria das investigações, observam-se, nestas crianças dificuldades aritméticas/cálculo (dificuldades em fazer operações básicas de adicionar, dividir, multiplicar e subtrair, que por sua vez, são tarefas que exigem uma maior atenção e retenção de informação); dificuldades na coordenação viso motora (alteração na realização da leitura, escrita, cálculo, recorte, etc.); dificuldades na leitura (alteração na correspondência de sons alfabéticos e letras com os fonemas, assim como na compreensão e habilidades relacionadas); problemas a nível da memória (esquecem-se facilmente das instruções, das ordens recebidas para realizarem uma tarefa ou outras actividades), (Lozano et al. 1998).

No que diz respeito a eventuais problemas de memória nas crianças hiperativas, existe alguma controvérsia, Barkley (1990) e Douglas (1983) consideram que estas crianças não apresentam, de uma forma geral, problemas de memória. No entanto, não negam as suas dificuldades de realização em tarefas que exigem o recurso a estratégias de memória mas atribuem-nas a impulsividade, desorganização e desatenção e não tanto a "incapacidade " de memória. De resto, Barkley (1990, 1992, 1994) tem vindo a acentuar com crescente veemência que muitos dos défices das crianças hiperativas são fundamentalmente "défices de realização não de competência", " e mais de não se fazer a que se sabe do que não se saber o que fazer" (Lopes, 1998 a).

Resumindo, estas crianças tem problemas para captar informação sensorial, organiza-la, processá-la cognitivamente e posteriormente expressá-la, (Garcia, 1998).

1.2.2. Problemas afetivo-emocionais

A relação entre PHDA e os problemas afetivo-emocionais, só há relativamente pouco tempo começou a ser abordada. Contudo, tem-se verificado que muitas crianças com PHDA também vivenciam uma ampla gama de problemas emocionais. Estes problemas muitas vezes desenvolvem-se em respostas a fracassos frequentes e repetidos. Como resposta, algumas crianças tornam-se deprimidas e retraídas, enquanto outras tornam-se irritadas e agressivas.

As experiências frequentes de insucesso, reação dos adultos e dos companheiros leva-os a formarem um péssimo conceito de si próprios e conseqüentemente a terem uma baixa autoestima (Garcia, 1998, Weiner, 1995).

Para além destes aspetos, também se verifica, nestas crianças, alguma instabilidade, habilidade emocional e uma escassa tolerância à frustração (Garcia, 1998).

1.2.3. Problemas de comportamento

Efetivamente existem numerosos estudos que demonstram a relação existente entre a hiperatividade e os problemas de comportamento. Por exemplo, (Stewart, 1981) verificou que 71 % dos sujeitos diagnosticados como hiperativos apresentam também distúrbios do comportamento e (Munir, 1987) mostrou que 64% das crianças hiperativas apresentavam também perturbações do comportamento ou de oposição (Fonseca, 1998). De igual modo, (Safer & Allen, 1979) indicaram que 80% das crianças hiperativas apresentavam problemas de comportamento, por sua vez, a maioria das crianças com problemas de comportamento são também hiperativas (Garcia, 1998). (Weiner, 1995) também apresenta vários estudos que indicam que até 60% das crianças com DHDA tendem a apresentar Perturbação diagnosticável de conduta ou de oposição desafiadora, durante a adolescência, e que de 25% a 35% tomam parte em atos anti - sociais que levam com frequência, a contactos com polícia (Barkley, Fischer Edelbrock & Smallish, 1990, Larson, 1998, Hope & Schell, 1982, Weiss & Hechtman, 1986 cit. por Weiner, 1995).

Estes transtornos a nível comportamental, surgem quer em casa, quer na escola. Na escola, agredem os colegas, falam sem permissão do professor, emitem sons desagradáveis e perturbadores e iniciam zangas, com bastante frequência. Em casa, são

desobedientes e iniciam, habitualmente, discussões e briga com os irmãos. (Garcia, 1998).

Os vários estudos realizados neste âmbito, demonstram que as crianças que apresentam os distúrbios em simultâneo, têm um leque de sintomas mais graves do que as crianças apenas com um desses distúrbios; tem maiores riscos de desenvolverem condutas anti-sociais; são mais frequentemente rejeitadas pelos colegas, sendo o seu relacionamento com os outros mais difíceis. Além disso, as famílias dessas crianças caracterizam-se por índices mais elevados de psicopatologias, por uma maior falta de competências educativas, por conflitos mais frequentes no casal e, por uma notória falta de apoio social na comunidade a que pertencem (Fonseca, 1998).

1.2.4. Problemas a nível das relações sociais

As relações interpessoais são, "seguramente, uma das áreas em que os problemas das crianças hiperativas são mais evidentes e em que se joga algo de tão importante quanto uma vivência adaptada em sociedade" (Lopes, 1998 a, p.74).

Os estudos realizados a este nível comprovam que" a interação destas crianças com os seus companheiros é bastante pobre, quando com parada com outras crianças (Hmatidis y Konstantareas, 1981; Barkley, 1982, Weiss y Hechtman, 1979, Ch. Johnston et al., 1985 cit por Miranda, et al., 1986).

As crianças hiperativas têm uma grande dificuldade em fazer amigos e em desenvolver aptidões sociais mais complexas. A observação dos problemas de relacionamento social de crianças hiperativas, por parte dos pais e professores, geralmente incluem brigas, dificuldades em serem aceites pelos outros etc. Um estudo realizado por Barkley demonstra que 80% dos pais de crianças hiperativas admitem que os seus filhos têm graves problemas enquanto brincam com outras crianças (Goldstein, et al., 1992). Não surpreende, pois que mães (Campbell & Pauluskas, 1979), professores (DuPaul & Stoner, 1994, Weissw & Hechtman, 1993) e colegas (Carlson Lahey, Frame, Walker & Hynd, 1986, King & Young, 1982) descrevem as crianças hiperativas como significativamente agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, denominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, principalmente se forem rapazes (Lopes, 1998 a, p. 74).

Provavelmente, os problemas de relacionamento social surgem como consequência das características destas crianças, impulsividade, desatenção, atividade motora

excessiva uma vez que dificulta a sua participação em atividades coletivas que requerem o cumprimento de regras, como é o caso de jogos e outras atividades lúdicas (Garcia, 1998).

A combinação de todos estes aspetos provoca a rejeição por parte dos seus companheiros (Miranda, et al., 1986).

Todavia, é muito provável que a rejeição prolongada dos pares leve a criança ou adolescente a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos, afetando provavelmente muitos aspetos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afetivo (Dodge, Coie, Pettit & Price, 1990, Parker & Asher, 1987 cit. por Lopes, 1998 a).

Entretanto, e uma vez que estas crianças, normalmente, julgam o seu próprio valor de acordo com as opiniões dos outros, e tendo em conta que a opinião dos outros é, geralmente negativa, apresentam como consequência uma baixa auto – estima (Godstein, et al., 1992).

“Este ciclo vicioso, constituído por comportamentos sociais inapropriados, rejeição social, realizações escolares deficitárias, desistência precoce e auto-perceção negativa, com subsequente repetição dos comportamentos inapropriados, revela-se difícil de ultrapassar e, na verdade, parece empurrar os indivíduos para uma profecia auto realizada, na qual a crença de não se ser capaz de resolver um problema produz os comportamentos que confirmam essa crença” (Miloch & Okazaki, 1991 cit. por Lopes, 1998 a, p.80).

1.3. Diagnóstico diferencial

Uma das grandes dificuldades de diagnosticar o PHDA prende-se com o facto de não raras vezes, se verificar uma associação deste distúrbio com outros (Nenwirth, 1996). Num estudo apresentado no IV Seminário de Desenvolvimento: "A criança e o adolescente com problemas de Atenção e hiperactividade", realizado em Coimbra (6/7 de Maio de 1999), constataram que de 550 crianças, apenas 179 tinham apenas DHDA. Uma vez que, "a presença de co-morbidade complica o processo de diagnóstico" (Rohde e Ketzer, 1997; p.11) é fundamental realizar-se um diagnóstico diferencial sempre que se diagnostique o DHDA.

Iremos debruçar-nos essencialmente em três distúrbios: distúrbio de oposição, distúrbios de conduta e problemas de aprendizagem escolar, que co - ocorrem com o DHDA, por nos parecer os mais significativos e realçados na investigação, não deixando de referir outros, todavia, de uma forma mais superficial.

1.3.1. Distúrbio de oposição

Tendo em conta as várias investigações realizadas neste âmbito, podemos dizer, que o distúrbio de oposição (DO) é um dos que apresenta maior sobreposição com o DHDA, sobreposição essa que poderá situar-se em mais de 60% dos casos (Goldstein et al, 1992; Lopes, 1998 a; e Rodhe et al.1997; Veiner, 1995).

"A característica essencial da perturbação de oposição é um padrão recorrente de comportamento negativista, hostil, desafiante (...) Os comportamentos negativistas e de oposição exprimem-se por uma persistente teimosia, resistência às ordens, falta de vontade de tomar compromissos, ceder ou negociar com adultos ou companheiros. A oposição também pode incluir uma prova resistente e deliberada dos limites geralmente estabelecidos, ignorando ordens, discutindo e não aceitando ser acusado dos próprios actos. A hostilidade pode ser dirigida para os adultos ou companheiros, incomodando-os deliberadamente ou por agressão verbal. Manifestações da perturbação estão invariavelmente presentes em casa, mas podem não se manifestar na escola ou na comunidade. Os sintomas da manifestação são tipicamente mais evidentes nas interações com os adultos ou companheiros que o sujeito conhece bem, logo podem não se manifestar no exame clínico" (DSM-IV, 1994,p. 94).

Na verdade, este último aspeto é uma diferença significativa em relação às crianças com DHDA. Quando, por exemplo, uma criança com DO vai a casa de um desconhecido, primeiramente procura reconhecer o ambiente e as pessoas, enquanto que as crianças com DHDA, entra no contexto mexendo em tudo e comportando-se de forma irrequieta (Angelloti, 1996).

Para além desta característica é também importante referenciar que as dificuldades da criança com DHDA em seguir regras e instruções radica em défices de auto-regulação comportamental (Barkley, 1994), de origem desconhecida (embora supostamente interna). Não se trata pois de uma oposição "ativa", "desafiadora" ou "hostil". Esta última típica nos casos DO, a qual parece constituir essencialmente um padrão de humor ou temperamento negativo, conjugado com um padrão aprendido de oposição a outrém (Barkley, 1990; Taylor, 1986; Werry, Reeves & Ikind, 1987).

"Este padrão, segundo tudo indica, está sobretudo ligado a um determinado estilo de educação parental, em que as dificuldades de imposição da disciplina e a falta de envolvimento parental nas actividades dos filhos se evidenciam (Buss, 1981; Capaldi & Patterson, 1991; Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ & Hanson, 1992; Macoby, 1992). (...) Verifica-se ainda, nestas famílias, uma elevada incidência de conflitos conjugais e de problemas emocionais e de uma forma geral, níveis socio-económicos mais baixos do que nas crianças com DHDA" (Forehánd & AtkeSón, 1997; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Werry et al., 1987 cit por Lopes, 1998 a, p.98).

Existem outras características comuns às crianças com DHDA e com DO, tais como a baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração, irritação, mau humor, dificuldades no relacionamento interpessoal, problemas a nível escolar, entre outros (Goldstein et al., 1992; Lopes, 1998).

Apesar do DO ter uma etiologia bastante mais clara do que a DHDA a que consequentemente aumenta a eficácia da intervenção, ficou bem evidente no estudo realizado por Waldman e Lilienfeld (1991) que a DHDA e a DO são de facto entidades dificilmente separáveis, uma vez que é comum um estar na presença do outro, quando se elabora o diagnóstico. Todavia, parece que os professores tendem a considerar a DO como uma manifestação mais severa do que a DHD, a que aumenta a probabilidade de um individuo ser, também, diagnosticado com DHDA, enquanto o contrário é menos comum (Lopes, 1998).

1.3.2. Distúrbio de conduta

A característica essencial do distúrbio de conduta (DC) é um padrão de comportamento persistente e repetitivo em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade do sujeito (DSM-IV, 1994, p.88).

"Um dos problemas mais sérios do DC é o seu carácter generalizado. Pode manifestar-se em casa, na escola ou na comunidade e em muitos casos independentemente das figuras de autoridade presentes. A manifestação de agressividade verbal é sobretudo física e muito mais frequente do que no DO ou no DHDA, muitas vezes em resposta a supostas provocações de intensidade mínima, ou "provocações simplesmente fantasiadas ou ainda como ataques preventivos sem razão aparente (Frick, McBurnett, Connor & Hynd, 1988). Estas manifestações de agressividade degeneram por vezes em actos de destruição e vandalismos, assaltos, vadiagem, fugas de casa (Barkley, 1990), complementada com mentiras sistemáticas para encobrimento dessas acções". (Edelbnock, 1989 cit por Lopes 1998 a, p. 102).

Segundo várias investigações, a coexistência do DC e do DHDA pode surgir em cerca de 30% a 40% dos casos (Corraie e Alberet, 1996, Goldstein, 1992 e Lopes, 1998 a).

No entanto, ainda que as crianças com DHDA possam revelar um comportamento hiperativo e impulsivo que pode ser disruptivo, este comportamento por si só não viola as normas sociais adequadas à idade (DSM-IV, 1994). As crianças com DC são, geralmente, agressivas, cruéis, fisicamente violentas, com comportamentos destruidores capazes de fazer frente às suas vítimas, (Goldstein et al., 1992).

Contudo, existem alguns tipos de comportamento característicos das crianças com DC que também são típicos dos DHDA, enquanto outros apenas são evidentes em casos mais severos de DHDA e que têm grande possibilidade de evoluir para DC. Entre os primeiros contam-se o insucesso escolar, elevado número de suspensões e expulsões da escola, baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, irritabilidade. Entre os últimos incluem-se o consumo precoce de álcool, tabaco e drogas, atividade sexual precoce, gravidez não desejada (DSM-IV, 1994; Lopes, 1998 a).

Segundo vários estudos realizados, um dado importante na realização do diagnóstico diferencial está intimamente relacionado com a história familiar, já que o risco do DC aumenta nas crianças em que na família existem comportamentos anti-sociais, delinquência, abuso de álcool e drogas, (Corraze et al, 1996, DSM-IV, 1994 e Lopes, 1998 a), defendem que existe uma diferença qualitativa entre os indivíduos com DHDA e os com DHDA+DC, uma vez que os primeiros apresentam essencialmente um Défice cognitivo, enquanto que os últimos aparecem mais ligados a défices sociais. Por outro lado, Abikoff e Klein (1992) verificaram que,

“a diferença entre as crianças com DHDA que evoluem e as que não evoluem para DC reside no facto de as primeiras estarem mais expostas a desvantagem psicossocial. Na verdade verifica-se que muitas famílias vivendo em condições degradadas têm muita dificuldade em controlar os comportamentos impulsivos das crianças e, de facto, até facilitam a expressão de impulsivos e agressivos. O que isto significa em termos de diagnóstico diferencial, é que a área em que mais claramente existe sobreposição de DHDA e DC e das características comportamentais (Quay, 1979). No entanto, em termos de etiologia o DHDA e DC são claramente distintos.” (Hinshaw, 1987, Milch et al., 1987 cit. por Lopes, 1998 a, p. 106).

Pretende-se com isto, evidenciar a importância da família na evolução do indivíduo.

1.3.3. Problemas de aprendizagem escolar

Existe uma considerável sobreposição entre problemas exteriorizados do comportamento e problemas de aprendizagem escolar (Hinshaw, 1992). Contudo, na infância a associação mais típica é entre problemas de aprendizagem e DHDA (Cantwell & Baker, 1992; Hinshaw, 1992; Frick et al., 1991). Existindo na adolescência uma forte associação entre agressividade e insucesso escolar. (Frick et al., 1991, cit. por Lopes, 1998 a, p.112).

O DHDA, também tem sido frequentemente confundido com os problemas de aprendizagem (PA), aliás a sua coexistência pode ir até 80% (Corraze et al. 1996; Lopes, 1998; Muniz, 1993; Weiner, 1995). Relativamente a este aspeto podemos pensar na possibilidade de existirem duas situações diferentes:

1.3.3.1 O PHDA pode levar aos PA

Apesar da capacidade intelectual da criança com DHDA poder ser adequado para o nível de desenvolvimento em que se encontra, verifica-se que grande parte destas crianças apresentam um baixo rendimento escolar devido à sua impulsividade e falta de atenção (Vasquez, 1993) levando-as a cometer um maior número de erros, a ser mais imprecisos na organização dos trabalhos, a precipitarem-se nas respostas e a estarem mais tempo "fora da tarefa" uma vez que se encontram frequentemente fora do seu lugar (Lopes, 1998). Contudo, nem todas as crianças hiperativas apresentam PA.

"Tal facto poderá sugerir que estas últimas crianças hiperactivas beneficiem de "factores protectores": nomeadamente QI mais elevado, maior monitorização parental ou dos professores, etc., que inibam o aparecimento de PA. Na verdade, tem-se verificado por exemplo que as crianças hiperactivas em idade pré-escolar que tem problemas de linguagem e discurso, estão em maior risco de problemas de aprendizagem futuros (Blackman, 1991; McGee, Partridge & Silva, 1981). Tal significa que não é propriamente o DHDA que conduz a problemas de aprendizagem mas sim certo tipo de défices cognitivos os quais, conjugados com o DHDA, terão certamente resultados piores" (Lopes, 1998 a, p.113).

1.3.3.2 As PA podem conduzir ao PHDA.

Inversamente existem outras crianças que apresentam graves dificuldades de aprendizagem com frequentes e sucessivos fracassos, adotando determinados comportamentos característicos do DHDA (irrequietude, agitação, evitamento de tarefas) como resposta a essa situação de frustração (Goldstein, et. al., 1992).

Robins (1992 cit. por Rebelo, 1998) verificou que as crianças com DHDA e as com PA se distinguem ao nível da auto-regulação, expressa no modo de funcionamento geral na sala de aula. Os alunos com PA trabalham de forma mais autónoma, completam as tarefas e são capazes de seguir as instruções. Os DHDA são frequentemente mais impulsivos.

Para além disto, verificamos que o DHDA é um distúrbio que emerge na infância e as suas características raramente passam despercebidas em relação aos pais e

educadores (Weiner, 1995). Contrariamente existem crianças com uma história adequada à sua idade durante a infância, contudo no início do 1º ciclo do Ensino Básico começam a evidenciar comportamentos característicos do DHDA, e que parecem ser um surto tardio deste distúrbio, não obstante, o problema primário será o PA e não o DHDA.

"Todavia, nem sempre estas diferenças são explícitas e claras. "Nestes casos, constitui um óbvio problema de diagnóstico diferencial decidir "o que apareceu primeiro" e, mais importante do que isso, decidir qual dos problemas, no momento actual, assume maior relevância. Esta decisão tem a maior das importâncias em termos de intervenção" (Hinshaw, 1992 cit. por Lopes, 1998 p. 115).

Por tudo o que foi exposto é fundamental realizar-se um diagnóstico diferencial cuidadoso e consciente e que nos permita compreender o que é secundário e o que é primário em cada caso, no sentido de elaborarmos uma intervenção a mais adequada possível a situação, para desta forma os resultados convergirem com as expectativas.

1.4. Subtipos

"O diagnóstico de DHDA é aplicado a um conjunto heterogéneo de crianças que supostamente apresentam níveis de atenção, impulsividade e actividade motora inapropriados para a idade. (...) As crianças assim diagnosticadas podem apresentar uma grande diversidade de sintomas, de estrutura familiar, de comportamento na sala de aula, de padrões de desenvolvimento ou de respostas aos tratamentos. Este facto tem levado os investigadores a procurar definir sub-agrupamentos mais heterogéneos e clinicamente mais significativos." (Augusto, 1989; Dykman, 1993 cit. por Lopes 1998 a, p.80).

Segundo a DSM-IV, apesar de muitas crianças apresentarem falta de atenção e hiperatividade-impulsividade em simultâneo, um destes padrões é predominantemente nos últimos seis meses, permitindo-nos distinguir 3 subtipos (DSM-IV1994; Marshalls; Hund; Handwerx & Josh, 1997).

- PHDA predominantemente do tipo hiperativo-impulsivo;
- PHDA predominantemente do tipo desatento;

- PHDA do tipo misto.

O primeiro subtipo exige a presença de pelo menos, seis dos nove sintomas de hiperatividade/impulsividade descritas nesse manual; subtipo desatento exige a ocorrência de pelo menos seis dos nove itens de desatenção; e o tipo combinado requer a ocorrência de, pelo menos, seis dos nove itens de desatenção.

Apesar de haver alguns estudos que procuram validar esta classificação, exigem também alguma contradição, contudo parecem sugerir que os três subtipos diferem entre si em vários aspetos.

Por exemplo, Lahey, Applegate, McBurnett, Biederman e Greenchi (1994) realizaram um estudo a uma população de 380 sujeitos de 4 a 17 anos e verificaram que as crianças do grupo misto ou combinado eram mais novas, pertenciam predominantemente ao sexo masculino, apresentavam mais dificuldades escolares e sofriam de mais rejeição por parte dos colegas do que as crianças hiperativas do tipo desatento. Em contrapartida, as crianças do grupo impulsivo/hiperativo tinham um funcionamento geral do comportamento, sendo, por isso, muito comum apresentarem dificuldades a nível social. Quanto aos outros dois tipos encontram-se mais frequentemente dificuldades a nível escolar (Corraze et al., 1996; Fonseca, 1998).

Outros autores apresentam as crianças com DHDA do tipo hiperativo como mais agressivas, mais rejeitadas pelos pares, com relações interpessoais mais pobres, autoestima mais baixa (Berry, Shaywitz & Sháywitz, 1985, Edelbrock, Costello & Kessler, 1984; King & Young, 1982; Lahey, Schaugency, Strauss & Frama, 1984; Lahey, Schaugency, Hynd, Carlson & Nieves, 1987 cit por Lopes, 1998 a).

Hynd, Lorys, Clikeman, Nieves, Huettner e Lahey (1991) (cit por Fonseca, 1998) referem que as crianças com problemas de atenção são mais distraídas, mais lentas na compreensão e com problemas emocionais mais frequentes em relação às crianças com DHDA do tipo hiperativo, que tendem a apresentar problemas mais de comportamento, sendo mais agressivas. (Fonseca 1998). Em concordância estão os resultados obtidos do estudo de Gaub e Carlson (1997) (cit por Fonseca, 1998) que para além do que foi referido, verificam que as crianças hipercinéticas do grupo misto (hiperactividade e desatenção) apresentavam problemas mais graves e mais generalizados do que os indivíduos dos outros subgrupos. (...) Este padrão de resultados parece manter-se independentemente da diversidade dos "instrumentos e das fontes de informação utilizadas (Eiraldi et al. 1997; Skangaard e Burns, 1998 cit. por Fonseca, 1998, p. 18).

Quanto ao desempenho escolar, segundo a indicação de Lahey, SChaugency, Hynd, Carlson e Nieves (1987 cit. por Lopes, 1998 a). As crianças do tipo desatento são

classificadas pelos professores como apresentando um rendimento escolar mais baixo, comparativamente com as do tipo hiperativo, o que é confirmado pelo nível de retenção, 71,5% e 16,7%, respetivamente. (Lopes, 1998 a).

Para além desta classificação apresentada no DSM-IV, várias outras têm sido utilizadas sendo de destacar a DHDA grave ou generalizada e a DHDA situacional. A primeira diz respeito às crianças que apresentam as características DHDA em todos os contextos, enquanto na segunda as crianças apresentam-nas apenas num determinado contexto. Para alguns autores o que as distinguiu era a severidade da disfunção, contudo, atualmente a DSM-IV, contrariamente a DSM-III-R, bem como o ICD-10, exige para a realização do diagnóstico que os sintomas se manifestam independentemente dos contextos.

Outras classificações utilizadas são subtipos de DHDA com base na presença ou ausência da agressão e os indivíduos com DHDA identificados na infância e os identificados na adolescência ou idade adulta.

"(...) as diversas classificações dos distúrbios hipercinéticos até agora propostas estão ainda hoje longe de reunir um consenso generalizado. No entanto, a definição de categorias mais homogêneas poderia ajudar a esclarecer e integrar os resultados, muitas vezes inconscientes, dos vários estudos sobre a prevalência da hiperactividade, sua evolução com a idade ou a sua reacção a diversas formas de tratamento" (Fonseca, 1998, p.19).

1.5. Prevalência

"Estima-se que de 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem de Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade (APA, 1994) e que outros 5% a 10% apresentem sintomas de DDAH em menor número mas que continuam, mesmo assim, a perturbar o curso normal da aprendizagem e o sucesso educativo." ¹

Estudos apontam que esta desordem é muito mais comum em rapazes do que em raparigas: 80% a 90% dos casos diagnosticados são de rapazes.

¹ Fonte: <http://www.ddah.planetaclix.pt>

Os sintomas, em muitos casos, vão-se atenuando com a idade, estimando-se que os casos em que se continuam a manifestar pela vida adulta rondem os 30% a 50%.

1.6. Etiologia

Fatores que podem estar na origem da hiperatividade.

Relativamente à etiologia da PHDA poder-se-á afirmar que não é única e sim multifatorial e alguns investigadores como (Garcia, 2001., Lopes, 2003, e Barkley, 2002) enfatizam os fatores neurológicos e bioquímicos, fatores pré-natais e perinatais, fatores genéticos e fatores ambientais como possíveis causas. De facto, (Garcia, 2001, p. 27) assegura que a comunidade científica aceita que a PHDA tem origem em “*múltiplos fatores que interagem, exercendo cada um os seus próprios feitos, numa ação conjunta*”.

As investigações etiológicas não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos factores que originam esta perturbação. As causas que conduzem à Hiperatividade/DDAH são muito variáveis e, provavelmente estão dependentes dos mais variados fatores, tornando-se assim difícil, na maioria dos casos, determinar com precisão a causa ou a origem deste distúrbio.

1.6.1. Fatores Neurológicos

Desde o princípio que se considerou a hiperatividade como estando relacionada com causas biológicas. Daí que as primeiras investigações desta problemática tenham pretendido analisar a relação existente entre a Hiperatividade e as estruturas funcionais do cérebro.

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

Embora os efeitos das lesões cerebrais sobre a conduta sejam bastante específicos, a questão que nos interessa particularmente é a possibilidade de que determinadas alterações se encontrem especialmente relacionadas com a hiperatividade infantil.

Até ao momento as tentativas efetuadas para relacionar este distúrbio de comportamento com lesões localizadas no cérebro não obtiveram resultados satisfatórios. Neste campo, a opinião mais aceita entre os especialistas é que não existem efeitos específicos sobre o comportamento consoante o local onde o dano cerebral está localizado. Assim, embora se admita que as alterações na estrutura do cérebro originam efeitos psicológicos, estes não são específicos.

Não é possível estabelecer conclusões definitivas a este respeito, pois, segundo alguns autores, o que ocorre na realidade é que o nível atual de conhecimentos científicos sobre a relação entre lesões cerebrais e alterações psicológicas se encontra limitado pelo tipo de alterações cerebrais que é possível examinar com os meios técnicos disponíveis.

Não obstante, as hipóteses que se utilizam atualmente indicam que as lesões do cérebro, mais do que provocar distúrbios específicos e, concretamente, a hiperatividade, exercem a sua influência mediante uma maior vulnerabilidade da criança aos seus problemas psicológicos.

“Isto significa, pois, que as lesões físicas do cérebro não são necessariamente causas de comportamentos hiperativos, e, pelo contrário, a manifestação de condutas tais como a atividade motora excessiva, a impulsividade, a falta de atenção, etc., não supõem inevitavelmente que a criança tenha sofrido alguma alteração cerebral não detetada antes de consultar o especialista.” (Garcia, 2001, p. 19)

1.6.2. Fatores Pré-Natais e Peri-Natais

A influência do meio ambiente envolvente da grávida e as possíveis complicações surgidas durante a gravidez têm sido apontadas como causas possíveis dos transtornos da conduta infantil.

Garcia (2001) refere-se aos variados estudos realizados, que realçam a “influência negativa dos partos prematuros e do baixo peso à nascença sobre os problemas de conduta infantil. Para alguns peritos, as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram de anoxemia durante o parto ou de infeções neonatais, têm muitas possibilidades de desenvolver problemas comportamentais e hiperatividade. Alguns autores indicam, mesmo, que, quanto mais prematuros, mais marcadas serão as

diferenças a longo prazo e menores serão as possibilidades de se desenvolverem adequadamente.

No período pré-natal, as variáveis que têm suscitado maior interesse entre os investigadores, devido à sua relação com os problemas de conduta observados na infância, são o consumo de tabaco, o abuso do álcool e o stress psicológico da mãe grávida. O alcoolismo materno é, segundo alguns especialistas, uma das causas que predis põem para a hiperactividade.” (Gold e Sherry, citados por Garcia, 2001) afirmam que o abuso de álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor.

“Os resultados dos diferentes trabalhos e dos estudos longitudinais que avaliaram o comportamento destas crianças, através de etapas evolutivas distintas, puseram em relevo que as complicações pré-natais e perinatais não afectam igualmente todas as crianças prematuras ou com peso baixo à nascença. Por outras palavras, a sua influência não é universal nem determinante, pois embora incidam em determinados aspectos problemáticos, como a inquietude, a falta de atenção, o atraso na maturação, a falta de coordenação motora e as dificuldades de aprendizagem, o seu efeito não é definitivo. Ao que parece, as condições sociais e familiares adversas em que se desenvolvem as crianças desempenham um papel de grande relevo.” (Garcia, 2001, p. 42)

As complicações perinatais, tais como, a anoxia, os traumatismos crânio encefálicos, são consideradas responsáveis por mudanças estruturais e funcionais do cérebro. Para além de provocarem perturbações específicas, estas disfunções cerebrais interferem no desenvolvimento global da criança.

“Portanto, a influência dos factores pré-natais e perinatais parece existir, embora não seja específica. Por outro lado, a sua importância aumenta quando intervêm outras dificuldades externas. Consequentemente, mais do que causas determinantes, consideram-se factores de propensão, no sentido de que tornam a criança mais vulnerável à influência negativa de outras variáveis ambientais, tais como as desvantagens sociais e as dificuldades familiares.” (Garcia, 2001, p. 22)

O facto de uma criança nascer com um peso baixo, a mãe ter tido complicações durante a gravidez ou a criança ter tido algum problema perinatal, isso não é sinónimo de uma criança hiperativa, pois poderá haver crianças que tenham sofrido todos estes aspetos e serem crianças não hiperativas.

1.6.3. Fatores genéticos

Depois de variados estudos sobre a hiperatividade, foi sugerida uma origem genética para este distúrbio. Trabalhos esses que foram desenvolvidos com familiares de crianças hiperativas. O papel da hereditariedade está confirmado por diversos estudos que sugerem que este fator poderá explicar entre 50% a 97% das características da PHDA.

Com esses estudos foram comparados o desenvolvimento e as características dessas crianças com as dos seus familiares.

Pôs-se a questão, da incidência dos problemas das crianças hiperativas nos seus familiares biológicos. Os comportamentos dos pais e irmãos foram estudados e comparados com os das crianças em questão.

Os diferentes estudos realizados apuraram o seguinte:

- Um número significativo dos pais de crianças hiperativas manifestou condutas hiperativas durante a sua infância;
- Crianças hiperativas costumam ter irmãos que também mostram sinais de hiperatividade;

Há mais coincidência relativamente a distúrbios de conduta e à hiperatividade entre os irmãos filhos de ambos os pais, do que entre os que são filhos de apenas um dos pais.

Alguns especialistas fazem referência a um provável peso da hereditariedade,

“Os estudos estabeleceram, sem margem para dúvida, que em mais de 95 por cento dos casos, a hiperactividade é hereditária. A transmissão é feita em genes e, naturalmente, os pais não têm qualquer responsabilidade. Desta forma, os descendentes de uma pessoa hiperactiva estão mais expostos que os outros a este problema. Os estudos estatísticos mostraram que 35 por cento dos pais e 17 por cento das mães das crianças hiperactivas também são hiperactivos. No que respeita à fraternidade, os riscos são de 40 por

cento para os irmãos e 10 por cento para as irmãs. Também entre os tios, as tias, e os primos.”(Falardeau, 1999, p. 38).

Os meninos em geral parecem ser mais vulneráveis do que as meninas a uma série de distúrbios de desenvolvimento. A Testosterona, produzida pelo feto masculino que surge na puberdade, tende a tornar os meninos mais agressivos e fisicamente mais ativos. No entanto quando a hiperatividade ocorre nas meninas, as consequências são mais agravantes.

Geneticamente, existe ainda uma outra causa, à qual é atribuída cerca de noventa por cento de hipóteses que é a que se refere a gémeos idênticos.

Para alguns autores,

“as crianças prematuras e aquelas que têm pequeno tamanho para a idade gestacional, parecem ainda predispostas a ter ADD. Outros factores de risco são exposição ao uso excessivo de álcool, exposição ao chumbo após o nascimento e infecções cerebrais.” (Batshau, 1990, p. 77)

Quando se fala de hiperatividade existe uma tentação de se atribuir as culpas aos fatores sociais e familiares (ambiente familiar). Durante algum tempo chegou-se mesmo a atribuir-lhes, total ou parcialmente, as culpas. Hoje em dia, esta teoria foi posta de parte:

“A atitude dos pais nada tem a ver com a génese da hiperactividade. Mas parece cada vez mais evidente que os problemas familiares (desentendimentos, separações, violência, etc...) e económicos (pobreza, desemprego, etc...) aumentam o risco de que problemas comportamentais (agressividade) e emocionais se acrescentem à hiperactividade. Além disso, é claro que um meio familiar afectuoso e tolerante, no qual os pais se interessam pela criança, diminuirá a probabilidade do aparecimento dessas complicações”.(Falardeau, 1999, p.53)

1.6.4. Fatores Ambientais e Variáveis Psicológicas

Relativamente aos fatores ambientais Garcia (2001) considera que os fatores psicossociais têm um importante papel na hiperatividade infantil o que é comprovado por estudos que ditam a influência que algumas variáveis familiares e determinados aspetos sociais exercem sobre o aparecimento desta perturbação.

Poder-se-á então afirmar que o comportamento de crianças com PHDA pode refletir um ambiente familiar desestruturado onde não existe um controlo parental efetivo e, ainda que este não contribua para o facto de a criança apresentar ou não a perturbação, o certo é que problemas com drogas e álcool, depressões e comportamentos antissociais influenciam os comportamentos agressivos, desafiadores e de oposição que as crianças com PHDA por vezes vivenciam.

A estas razões somam-se o nível socioeconómico, a situação familiar e a ocupação profissional dos pais como condições não determinantes para a existência da PHDA mas sim para o efeito negativo exercido sobre a família e os modelos educacionais por estes adotados (Garcia, 2001).

A adoção de métodos como o castigo e recompensa para obtenção de um controlo imediato sobre o comportamento dos filhos com PHDA também não parece ser o melhor método a seguir, contudo, estudos comprovam que é exatamente isso que acontece.

Efetivamente, Hastings e Lambert (1982, citados por Garcia, 2001). concluíram que os pais de crianças com PHDA recorrem com frequência ao castigo como técnica de controlo comportamental, assim como são mais pessimistas e avaliam negativamente as capacidades intelectuais dos filhos. Consequentemente estão mais ausentes, são mais despreocupados com os seus resultados académicos e participam muito menos na sua aprendizagem.

Como temos evidenciado ao longo deste trabalho, as crianças com PHDA apresentam realmente maior probabilidade em apresentar outros problemas relacionados com o comportamento, com a aprendizagem ou com fatores sociais e emocionais.

Assim, de acordo com o autor Sosin (2006), estas crianças distraem-se facilmente, esquecem-se com frequência, tendem a perder objetos, parecem estar permanentemente atarefadas, adiam compromissos, são desleixadas, têm dificuldade em executar uma tarefa do princípio ao fim, têm muitos projetos incompletos, detestam papelada, têm dificuldade em manter-se sentadas e dificilmente se concentram no decorrer de comunicações ou reuniões. Este excesso de atividade motora não é em si só um

problema específico de aprendizagem mas, por interferir com a concentração e a atenção e por exigir maior tempo de realização de tarefas, pode dificultar a aprendizagem.

Falardeau (1997) refere-se a este aspeto enfatizando que estes alunos muitas vezes poderão revelar atrasos em algumas áreas de conteúdo, nomeadamente na leitura, na escrita, na expressão oral e no cálculo, para além de poderem demonstrar problemas de linguagem (disfasia, dislalia, disartria e distúrbios do ritmo) e mesmo atrasos na aquisição da mesma.

Posto isto, um diagnóstico atempado mostra-se preponderante e é de realçar que o processo de avaliação não deverá ser indiferente à heterogeneidade dos casos, sendo para isso necessária uma equipa multidisciplinar (especialistas de diferentes áreas) que terá de cooperar entre si e com os pais para que se obtenham resultados satisfatórios na intervenção desta problemática.

1.6.5. Outras Causas

Outra linha de investigação sobre a etiologia desta perturbação dedica-se a identificar a possível influência de alterações bioquímicas no surgimento destes problemas.

Embora não existam dados definitivos, parece que a dopamina e a norepinefrina são as duas monoaminas mais claramente relacionadas com a perturbação.

Desde há alguns anos que se aponta a possibilidade desta perturbação também ser afetada por fatores como o chumbo, existente no ambiente, e os componentes da dieta alimentar. No entanto, não existem provas fiáveis que demonstrem uma relação causal entre as condutas hiperativas e a exposição a níveis elevados de chumbo.

Apesar de fatores biológicos, genéticos e ambientais terem demonstrado a sua influência, não existem provas definitivas que confirmem que algum destes elementos seja o único responsável desta perturbação, daí que a hipótese admitida seja a que sugere uma etiologia multifactorial.

Como é possível constatar, existem inúmeras teorias que procuram explicar a etiologia de DHD. No entanto uma questão se levanta: haverá uma única causa que explique a origem de um distúrbio tão heterogéneo, ou, pelo contrário, será resultado de um conjunto de fatores?

1.7. Intervenção

O diagnóstico da PHDA exige uma observação médica e uma avaliação precisa quer em termos comportamentais, quer cognitivos (relacionados com a capacidade de aprendizagem da criança). O papel dos pais, dos professores e de todos os que rodeiam as crianças é muito importante pois são eles quem melhor conhecem e sabem descrever o comportamento da criança.

É por isso que muitas vezes o médico pede relatórios escolares de desempenho para completar a informação que é dada pelos pais, ou mesmo o preenchimento de questionários pelos pais e professores. A avaliação destas crianças deverá ser feita por profissionais competentes e experientes.

1.7.1. Intervenientes no processo

A avaliação/diagnóstico da PHDA deve ser feita por uma equipa multidisciplinar. A criança com suspeita diagnóstica de PHDA requer uma avaliação cuidadosa, de preferência por uma equipa de especialistas, profissionalmente bem preparada. Geralmente, são os pediatras, ligados a problemas de desenvolvimento, neuropediatras, pedopsiquiatras e psicólogos, que conheçam aprofundadamente esta problemática e outras similares, que fazem a avaliação e consequente diagnóstico de PHDA.

O papel do médico na avaliação da PHDA vai desde a elaboração da história clínica ao exame objetivo, com o emprego de critérios clínicos bem descritos e treino no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos. Deve realizar-se uma anamnese, que implica um questionário cuidadoso aos pais, sobre os comportamentos incluídos nos critérios de diagnóstico DSM-IV e se presentes, determinar para cada um a sua duração, frequência e gravidade. É necessário questionar acerca da idade de início dos sintomas, o contexto em que ocorrem e o seu impacto funcional, particularmente em termos de aprendizagem. Nesta, devem solicitar informações relativas ao temperamento, características e competências emocionais e sociais da criança, os seus hábitos de sono, como se processa a sua aprendizagem e quais as atividades extra-curriculares. Também o ambiente familiar deve ser escrutinado, principalmente no que respeita às regras de disciplina e às expectativas dos pais. Da anamnese também deverão fazer parte a recolha de dados desenvolvimentais, tais como o decurso da gravidez e fatores de risco pré, peri e pós-natais, o desenvolvimento motor e da -linguagem e controlo dos esfíncteres. Os antecedentes familiares, nomeadamente a existência de outros

elementos da família com PHDA, ou com Distúrbios psiquiátricos (depressão, doença bipolar, ansiedade, tiques) ou com Doenças genéticas (X-Frágil), devem ser apurados. O contexto sócio-económico-social também deverá ser tido em conta. Deve proceder-se a um exame neurológico sumário.

O psicólogo desempenha um papel preponderante na avaliação e diagnóstico da PHDA, uma vez que o mesmo se encontra na posse de conhecimentos e técnicas específicas que lhe permitem aplicar e interpretar testes de avaliação psicológica e psicopedagógica, os quais podem proporcionar informações importantes relativamente ao funcionamento intelectual e emocional da criança, das suas competências de raciocínio, bem como do seu desenvolvimento verbal e perceptivo. Também podem fornecer importantes informações relativas à capacidade de atenção/concentração e quanto à impulsividade (Parker, 2006). Para além dos testes, os psicólogos recolhem informação preciosa (anamnese), aquando da entrevista com os pais, alunos, professores, quando procedem a observação no ambiente natural ou quando pedem aos pais e professores que preencham escalas de avaliação comportamental. Estes procedimentos são morosos mas essenciais para recolher informações preciosas aquando da tomada de decisão sobre um diagnóstico, em reunião multidisciplinar.

Também o professor desempenha um papel importante na avaliação da PHDA, podendo fazer uma análise do desempenho académico, bem como caracterizar a criança quanto a capacidades atencionais, de aprendizagem e inteligência, permitindo depois individualizar o plano de intervenção (Boavida & Cordinhã, 2008). Os professores podem observar diretamente a criança, quer em trabalho individual, de grupo ou nos intervalos e compará-lo com o comportamento das outras crianças da mesma idade. Podem, também, fornecer informações válidas sobre o percurso escolar da criança, na entrevista.

Os pais desempenham um papel fundamental na avaliação da PHDA. Ambos os progenitores devem fazer parte integrante deste processo. Os pais têm uma perspetiva única do desenvolvimento anterior do seu filho e da situação presente. São informadores privilegiados quanto ao historial geral da família, sua estrutura e funcionamento. Os pais, geralmente, sentem-se profundamente afetados pelos problemas dos filhos e não é raro que expressem sentimentos. É importante tentar manter a objetividade e por vezes usar um “filtro”, relativamente às informações fornecidas pelos pais. A entrevista com os pais é uma fonte de informação subjectiva, sendo ao mesmo tempo uma rica fonte de informações, devido à relação continuada no tempo e o conhecimento do sujeito em várias situações (Barkley, 1998).

Não menos importante, neste processo, é a própria criança ou adolescente, que oferece a quem está a proceder à avaliação, principalmente durante a entrevista, a oportunidade de observar o seu comportamento. Fornece, igualmente, informações preciosas quanto às suas emoções e sentimentos, autoestima, sobre o modo como encara a escola, relacionamento com colegas e amigos e com os elementos da família.

Muitas vezes as crianças, em situação de avaliação apresentam um comportamento e uma postura adequado, por isso temos que dar o enfoque correto ao que observamos e recorrer a todas as outras fontes de informação. Na entrevista, com a criança e o adolescente, deve ser tida em conta a idade da criança, bem como o nível de desenvolvimento cognitivo e aptidão linguística uma vez que estes vão condicionar a duração e o conteúdo da entrevista. Especificamente, no que toca aos adolescentes, deve tentar perceber-se a sua perceção sobre os seus problemas, funcionamento familiar e escolar (Melo, 2003).

1.7.2. Instrumentos e metodologias de avaliação

Quanto à metodologia a empregar na avaliação da PHDA, conducente a um diagnóstico “fiável”, esta deverá, segundo Lopes, 2004, compreender as seguintes etapas: entrevista com a criança ou adolescente e os pais; exame médico; preenchimento de questionários pelos pais; entrevista com o(s) professor(es); preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); observação direta do comportamento da criança ou adolescente nos diferentes contextos

No que respeita à entrevista, esta é, segundo Simões (1998), o instrumento mais utilizado. Na avaliação utilizam-se, principalmente as entrevistas estruturadas em detrimento das semiestruturadas e das entrevistas clínicas livres. Nestes últimos anos, a entrevista estruturada tem assumido um papel preponderante, uma vez que permite um acréscimo de precisão e validade ao diagnóstico. As entrevistas são feitas aos pais, aos professores e à própria criança. Apesar de apresentar limitações e críticas feitas às entrevistas (falta de fiabilidade e subjetividade), estas constituem um instrumento indispensável ao processo de avaliação (Simões, 1998).

A entrevista é o método mais utilizado, embora deva ser complementada por outros métodos de avaliação. É uma primeira aproximação e contacto o primeiro direto com o sujeito em avaliação e com as pessoas significativas, na vida do mesmo (e.g. pais, professores, colegas ou outros familiares). É aqui, na entrevista que o avaliador tem a

possibilidade de observar, pela primeira vez os comportamentos apresentados pelo avaliado. A entrevista é feita com alguns objetivos concretos. Segundo Simões (1998), a entrevista constitui o suporte metodológico necessário para obter informação acerca do sujeito em avaliação e com as pessoas significativas, na vida do mesmo (e.g. pais, professores, colegas ou outros familiares). É aqui, na entrevista que o avaliador tem a possibilidade de observar, pela primeira vez os comportamentos apresentados pelo avaliado. A entrevista é feita com alguns objetivos concretos. Segundo Simões (1998), a entrevista constitui o suporte metodológico necessário para obter informação acerca do funcionamento psicológico do sujeito e identificar o modo como os problemas afetam as relações familiares, profissionais e sociais; é o momento em que se dá a conhecer aos intervenientes todas as fases do processo de avaliação, bem como a escolha dos instrumentos de avaliação e medida que posteriormente irão ser utilizados; podem-se identificar preocupações, expectativas, objetivos, perceções e sentimentos acerca dos problemas; precisar as áreas fortes e fracas do sujeito; avaliar o afetivo-emocional e a motivação de todos; obter informação relevante que facilite a planificação e a medida da qualidade ou eficácia das intervenções.

O entrevistador deve ter sempre presente a construção de uma relação positiva, que lhe permita, de modo eficaz a recolha de informações fiáveis. Neste sentido, há um conjunto de regras relativas ao comportamento deste que, não só têm um impacto positivo nos interlocutores, mas permitem aumentar a validade dos dados recolhidos. Podemos dar como exemplo a utilização de comportamentos reforçadores, desde o sorriso, à postura, aos elogios verbais até à utilização de recompensas como forma de reforço positivo (e.g. bolos, cromos, entre outros).

Quanto ao exame médico, este deverá ser feito tendo em conta a necessidade de estabelecer um diagnóstico fiável, utilizando os instrumentos e metodologias próprias da abordagem médica, sejam exames médicos ou entrevistas.

Relativamente à aplicação de questionários e escalas de avaliação, esta revela-se de extrema importância, uma vez que são instrumentos indispensáveis e essenciais ao diagnóstico da PHDA. O uso de vários instrumentos de medida vem tornar a avaliação mais válida em termos ecológicos. Estes instrumentos devem ser preenchidos pelos pais e professores, no caso das crianças e pelo cônjuge, no caso de adultos. São considerados um método indireto de recolha de informação e são, juntamente com a entrevista, o principal meio de recolha de informação. O uso destes instrumentos são uma peça fundamental no apuramento das perceções dos pais e dos professores, mediadores essenciais acerca dos padrões de comportamento típicos das crianças no

seu ambiente natural. Os pais são, potencialmente, informadores fidedignos dos comportamentos mais observáveis e que mais facilmente são perturbadores. Quanto aos professores, estes são observadores privilegiados, uma vez que, a partir da comparação com crianças da mesma faixa etária, e supostamente com o mesmo nível de desenvolvimento, conseguem identificar mais facilmente eventuais problemas que surjam, aquando da realização de tarefas escolares ou qualquer outra tarefa que exija determinado tipo de competências sociais, organização, atenção e persistência.

Para Simões (1998), as escalas de avaliação são instrumentos essenciais, na medida em que integram vários itens que avaliam diferentes dimensões psicológicas, comportamentais, cognitivas e emocionais, quer globais quer específicas que não implicam muito tempo e são de fácil aplicação, requerem poucas instruções, havendo poucas possibilidades de uma errada interpretação por parte de quem as vai preencher. No entanto, estas apresentam algumas limitações, nomeadamente no que toca à falta de coincidência na obtenção de dados, relativamente a outras fontes de informação distintas (García, 2001).

Para Barkley (1990), a importância dos relatos efectuados pelos pais e pelos professores, relativamente aos comportamentos apresentados pelas crianças e jovens levou à criação de várias escalas. As escalas mais utilizadas são de dois tipos. Em primeiro lugar, recorre-se, na maioria das avaliações a escalas multidimensionais ou de “banda-larga”. Com estas pretendesse que, num primeiro momento, se possam obter informações que permitam uma primeira despistagem e identificação de problemas. Assim, poder-se-ão identificar encaminhamentos inapropriados e, também, para ter uma visão mais ampla do problema ou identificar outras áreas que necessitem de exames específicos ou posicionar o sujeito avaliado em determinada posição relativa, tendo por base os comportamentos da população normal. Consegue-se uma representação compreensiva do funcionamento comportamental e emocional da criança ou jovem em processo avaliativo. As escalas de avaliação de uma dimensão singular ou de “banda-estreita” são unidimensionais e centram-se num único problema comportamental (Simões, 1998).

Como exemplo de escalas de “banda-larga”, mais utilizadas, podemos referir o modelo multiaxial de Achenbach, (1991), o qual inclui um conjunto de instrumentos (aferidos para a população portuguesa) para aplicação junto de várias fontes de informação, nomeadamente: CBCL (Child Behavior Checklist) – a preencher pelos pais de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos; TRF (Teachers Report Form) – a preencher pelos professores de crianças entre os 5 e os 18 anos; YSR (Youth

Self-Report) – escala de autorresposta por parte da criança ou adolescente; e DOF (Direct Observation Form) – instrumento que permite a observação directa dos comportamentos das crianças e jovens, principalmente, em situação de sala de aula.

Temos, mais recentemente, as escalas provenientes dos estudos de Reynolds e Kamphaus(2004): BASC–PRS (Behavior Assessment System for Children – Parents Report System) – a preencher pelos pais, incluindo três formas - uma para crianças do pré-escolar (4/5 anos), outra para a escolaridade básica (6/11 anos) e outra para adolescentes (12/18 anos); BASC –TRS (Behavior Assessment System for Children – Teachers Report System) – à semelhança da escala anterior, inclui três formas, no entanto o seu preenchimento é feito pelos professores; e BASC–SRP (Behavior Assessment System for Children – Self Report of Personality) – a preencher pelas crianças e adolescentes.

Também muito utilizadas e conhecidas são as escalas de Conners (1997) (existe aferição para a população portuguesa), que incluem várias versões, para pais e professores, e destinam-se a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. As versões mais utilizadas são as seguintes: CPRS-R (Conners' Parent Rating Scale – Revised) – é uma escala que apresenta uma versão longa e uma reduzida e é para ser preenchida pelos pais; e CTRS-R (Conners' Teacher Rating Scale – Revised) - é uma escala que apresenta uma versão longa e uma reduzida e é para ser preenchida pelos professores.

Como exemplo de escalas de “banda-estreita” ou unidimensionais mais utilizadas, que pretendem apurar a existência de comportamentos específicos para a avaliação da PHDA, temos várias, mas a mais utilizada em Portugal, uma vez que está aferida para a população portuguesa, é a Conners 28 (versão para pais e professores). Outras escalas unidimensionais podem ser utilizadas, mas não têm aferição para a população portuguesa. São de mencionar as seguintes: EDAH (2003) (Escala para la Evaluation del Transtorno por Deficit de Atención con Hiperactividad), preenchida por professores; HSQ (Home Situations Questionnaire - Barkley, 1981), para ser preenchido pelos pais; SSQ (School Situations Questionnaire - Barkley, 1981), para ser preenchido pelos professores; ADHD - Rating Scale (DuPaul et al,1991) - (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), com versões para pais e professores; Questionário de Hiperactividade de Werry, Weiss e Peters (Werry, 1988), considerado de grande valor para os especialistas, uma vez que permite analisar o desempenho da criança, por parte de adultos significativos, nas várias actividades diárias (e.g. às refeições, a ver televisão, a brincar), facilitando, por isso, a planificação de programas terapêuticos específicos.

1.8. Papel da Família

Corroborando a ideia de que a família é parte primordial na intervenção em crianças e jovens com PHDA, Polis (2008: 134) afirma que “os pais são o fulcro da vida da criança” com esta perturbação.

Após o diagnóstico e porventura um período de negação muitas são as angústias, incertezas e inseguranças vivenciadas pelos pais e, posto isto, afigura-se de real importância obter o maior conhecimento possível acerca da problemática em questão.

A aceitação constitui o primeiro passo válido neste sentido e quer seja através de formações, leituras específicas, visualização de vídeos, diálogos com especialistas ou contacto com grupos de apoio o fundamental é mesmo adquirir técnicas e saber mais acerca dos métodos que poderão ajudar no desenvolvimento do seu filho. Realce-se que estes grupos de apoio aos pais têm como principal objetivo a interajuda e o apoio mútuo entre os progenitores assim como possuem um papel muito ativo no contacto com o público em geral, na disseminação de informação sobre a problemática, na defesa de direitos e providência de serviços (Cunningham, 2006).

O objetivo máximo é, sem dúvida, contribuir para o desenvolvimento global e harmonioso da criança com PHDA, adaptando contextos e aceitando determinadas limitações que podem ser atenuadas mas não completamente modificadas (Barkley, 2002).

Maximizar as suas capacidades, esforços e talentos é também muito relevante especialmente quando tal acontece em detrimento de frustrações e pressões inadequadas sobre a criança.

Os pais devem estimular o seu progresso, pensar para além das limitações dos seus filhos e considerar sempre, primeiramente, o desenvolvimento da sua autoestima, estritamente relacionada com o sucesso escolar e social.

Compreender o impacto e implicações das opções de tratamento medicamentoso também é fundamental tal como obter toda a informação possível sobre a perturbação e avanços no tratamento da mesma através de livros, vídeos, especialistas. Pais instruídos serão certamente mais capazes de auxiliar o seu filho no seu processo de desenvolvimento transpondo as barreiras que a PHDA lhes impõe.

Barkley apresenta alguns princípios fundamentais para que os pais possam lidar com a PHDA e consideramos premente destacar as recompensas e respostas positivas e imediatas dadas “sob a forma de elogios ou cumprimentos” (2002: 158) determinando exatamente aquilo que a criança fez bem. Por outro lado, os pais deverão também dar

respostas negativas imediatas quando o seu comportamento não foi o desejado, tendo o cuidado de explicar o que a criança acabou de fazer e porque é que não é aceitável.

Estas respostas, quer positivas quer negativas, não poderão, no entanto, ser de periodicidade esporádica mas sim contínua e frequente como forma de encorajamento ao seu desempenho. Para a obtenção de resultados mais satisfatórios é também importante que os pais recorram a incentivos antes de punir motivando a criança.

A questão do tempo é especialmente relevante no caso das crianças com PHDA visto que não têm o mesmo senso de tempo que uma criança sem PHDA e, por essa razão, a utilização de um meio capaz de exteriorizar o intervalo de tempo é significativamente útil e ajuda a criança a precisar o tempo que lhe resta para a execução de determinada tarefa com realização temporal pré determinada. De notar ainda que a realização de atividades com períodos de tempo mais longos, como relatórios ou projetos escolares, deverá ser intercalada com intervalos para que o aluno consiga fazer um pouco cada dia com vista à concretização de um bom trabalho.

Resumindo, o papel dos pais na intervenção em crianças ou jovens com a perturbação em estudo tem de ser consistente e coerente e a calma tem de imperar em todas as situações de conflito ou insegurança. Esta postura facilitará a adaptação aos variados contextos que cercam a criança e estimulará o contacto com diferentes realidades.

Covey citado por Lopes defende que os pais terão de se mostrar 'proativos' conseguindo "antecipar aquilo que vai suceder e estar preparados para agir sobre os acontecimentos e não propriamente reagir-lhes" (2003: 216).

1.9. Tratamentos

"Como há uma variação muito grande nos efeitos resultantes desta sintomatologia, tanto em grau de extensão como em cronicidade, escusado será dizer que antes de qualquer intervenção se toma in dispensável fazer um diagnóstico adequado, onde os contextos em que os comportamentos ocorrem sejam, também, tomados na devida consideração. Dado que há diversos subgrupos de hiperactivos, é compreensível que nem sempre se possa usar com todos eles o mesmo tipo de intervenção" (Rebelo, 1998, p. 165).

1.9.1. Tratamentos farmacológicos

Importa realçar que a PHDA não tem cura, embora possa ser controlada. Só o conhecimento e análise de cada caso e das características de cada criança, em particular, permitirão selecionar a forma de tratamento mais adequada e ajustada a cada situação.

As opções variam entre a administração de psicofármacos, as técnicas de modificação do comportamento, as técnicas cognitivas e metacognitivas ou uma aproximação multidisciplinar englobando as diferentes vertentes.

1.9.2. A Medicação

A administração de fármacos, sobretudo de estimulantes, é tradicionalmente, usada no tratamento das crianças com PHDA.

A prescrição de estimulantes por parte dos especialistas está tão difundida que, segundo Safer e Allen (1979), aproximadamente 2% das crianças norte-americanas escolarizadas no ensino básico tomam medicação para tratar esta problemática. Estes dados aumentaram, na última década, até aos 6%, segundo outros autores (Whalen e Henker, 1991).

Embora rodeado de alguma controvérsia, o uso de medicamentos continua a receber o apoio da investigação, sobretudo quando usado em conjugação com outras terapias.

Um dos estudos mais recentes realizados nos Estados Unidos, orientados por seis equipas diferentes e envolvendo mais de meio milhão de crianças, foi o Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA). Este estudo desenvolveu-se durante 14 meses e teve como objetivo principal o estudo da eficácia, a longo prazo, do tratamento médico com fármacos e do tratamento comportamental de crianças com PHDA (MTA, 1999).

Esse estudo comparou quatro metodologias de tratamento da PDHA:

- (1) tratamento médico sistematizado com fármacos, com dosagem regulada mensalmente (“medication management”);
- (2) tratamento comportamental intensivo;
- (3) os dois tratamentos anteriores combinados;

(4) o tradicional método de acompanhamento pelo profissional de saúde local que, na maioria dos casos, também incluía medicação.

Os resultados do estudo apontam para uma eficácia significativamente superior no caso dos tratamentos que incluíram a administração de psicofármacos. Mesmo o processo tradicional de prescrição pelo médico assistente se mostrou superior ao uso apenas de tratamento comportamental.

Constatou-se também que o tratamento combinado produzia resultados superiores a qualquer outro tratamento com uma dosagem inferior de medicamentos. Esta será a opção de eleição nos casos em que os efeitos secundários, cuja intensidade está dependente da dosagem, se fazem sentir com maior intensidade.

Outro aspeto, observado por este estudo realça, a importância do acompanhamento sistemático dos indivíduos que estão a ser medicados, isto é, com a dosagem ajustada mensalmente ao evoluir dos sintomas de acordo com o feedback fornecido pelos pais e, eventualmente, pelos professores. Desta forma, obtêm-se resultados superiores aos verificados, no processo em que o médico se limita a prescrever sem mais acompanhamento, como é habitual na generalidade dos serviços de saúde (Taylor, 1999).

Os medicamentos mais utilizados são psicoestimulantes como o Dexedrine e Ritalin, baseados na Dextroanfetamina e no Metilfenidato, respetivamente, (este último era o medicamento de base no estudo que referimos antes).

O médico deve optar pelo estimulante mais adequado para cada criança, tendo em consideração os seguintes critérios:

1. tempo que os efeitos sobre o comportamento demoram a produzir-se;
2. duração dos mesmos;
3. efeitos secundários indesejados;
4. confiança e familiaridade que o profissional tem no fármaco.

É importante realçar que nem sempre é necessário, ou mesmo conveniente, prescrever medicação a todas as crianças que apresentam esta perturbação.

A opinião mais consensual, entre especialistas, é a de receitar medicação quando os métodos psicológicos se revelam insuficientes.

Aparentemente, a aplicação medicamentosa é tanto mais apropriada quanto maiores forem as manifestações da perturbação, de modo que a sua administração é, particularmente, favorável nas crianças em que se verifica uma falta de controlo permanente.

Apesar disso, a sua prescrição não é de todo indicada em algumas situações: quando a criança sofre ou já sofreu de tiques nervosos, alterações de pensamento, ansiedade e transtornos psicossomáticos.

De acordo com García (2001) existem algumas orientações que devem nortear a decisão de prescrever tratamento farmacológico:

1. Comprovar se foram aplicadas outras iniciativas terapêuticas, especialmente tratamentos comportamentais, e, em caso afirmativo, quais os seus resultados;
2. Analisar as possibilidades de aplicar o tratamento com êxito. Isto significa que, antes do seu início, é necessário avaliar a capacidade e a motivação dos pais e da família em geral para seguir as prescrições médicas, assim como as suas atitudes prévias para com o tratamento com fármacos, pois é possível que alguns pais não aceitem a possibilidade dos seus filhos tomarem estimulantes durante um certo período;
3. Antecedentes familiares no consumo de drogas. Quando se tiver conhecimento de que algum membro da família é viciado em substâncias tóxicas, o especialista decidir-se-á, habitualmente, de forma negativa sobre a conveniência da prescrição farmacológica;
4. Considerar as atitudes e as expectativas da criança para com o tratamento farmacológico;
5. Ter em conta a idade da criança e não prescrever medicação a jovens e adolescentes.

A decisão de aplicar medicamentos deve ainda ter em consideração os efeitos secundários que eles possam produzir.

1.9.3. Terapia Comportamental

As intervenções comportamentais desenvolveram-se a partir dos anos 60, tendo por base a publicação de vários trabalhos que vieram evidenciar a possibilidade de controlar o comportamento das crianças, através da alteração das variáveis ambientais com elas relacionadas.

Os métodos utilizados orientam-se no sentido de controlar os comportamentos alterados e supõem que estes dependem de fatores ou estímulos presentes no ambiente.

Segundo esta perspectiva, é possível reduzir, alterar ou melhorar o comportamento a partir da alteração do ambiente circundante.

São aplicadas as noções de reforço, extinção e castigo, de forma a produzir a alteração dos comportamentos.

O tratamento comportamental deve basear a sua linha de atuação em três vertentes: o treino dos pais, o tratamento centrado na criança e a intervenção centrada na escola.

Segundo Vasquez (1997), a estratégia de intervenção deve seguir, de um modo geral, os passos das técnicas de modificação do comportamento, a saber:

- (1) definição operacional do comportamento indesejado;
- (2) estabelecimento de uma linha de base;
- (3) definição dos fatores que motivam o comportamento e o fazem persistir;
- (4) aplicação do programa de alteração do comportamento com recurso sobretudo ao reforço;
- (5) avaliação do processo.

Esta estratégia tem em conta que um determinado comportamento é influenciado pelos antecedentes e que a sua repetição estará dependente dos consequentes.

Por outras palavras, o objetivo de qualquer terapia comportamental consiste em reduzir a frequência de comportamentos inadequados e aumentar a frequência de comportamentos desejados. Como diz Fowler (2000), a melhor maneira de influenciar um determinado comportamento é prestar-lhe atenção e a melhor maneira de aumentar a frequência de um comportamento desejado é “apanhar a criança a portar-se bem”.

Assim, as estratégias de modificação do comportamento têm como objetivo induzir respostas adequadas, aumentando a probabilidade do comportamento desejável se repetir, e diminuir a probabilidade da ocorrência dos comportamentos inadequados, levando-os à extinção. É necessário ter presente que um comportamento inadequado só se extingue quando é substituído por um comportamento socialmente aceitável.

1.10. A PHDA e a Escola

As nossas crianças passam uma grande parte do seu tempo na escola, num ambiente onde o cumprimento de regras é essencial. Pressupõe-se que elas sejam

capazes de ouvir e seguir instruções, respeitem os outros e estabeleçam relações positivas com eles, aprendam o que lhes é ensinado, se empenhem na aprendizagem e, sobretudo, que permaneçam várias horas sentadas.

As crianças com PHDA manifestam, de um modo geral, uma grande dificuldade em cumprir tudo o que foi descrito anteriormente, o que irá exigir adaptações e concessões de parte a parte.

O prazer de aprender não se pode restringir somente ao grupo de alunos ditos normais, que conseguem ir realizando o seu percurso escolar sem grandes obstáculos. A escola também tem de dar resposta às crianças que, por terem capacidades de aprendizagem diferentes, lidam com desafios acrescidos.

Visto que a PHDA é considerada uma perturbação que está relacionada com o meio envolvente, a escola enquanto espaço de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal tem que se adaptar às particularidades destas crianças, sem nunca perder de vista que a PHDA é uma perturbação crónica de base orgânica, cujas manifestações são agravadas pelas características ambientais, que é tratável mas não é curável, e que se prolongará por todo o percurso escolar do aluno (Pfiffner & Barkley, 1998).

De acordo com DuPaul & Stoner (1994), os problemas comportamentais e os problemas de aprendizagem estão intimamente ligados, de modo que o tratamento que invista simultaneamente nos aspetos comportamentais e no rendimento das áreas académicas parece mais eficaz. A melhoria destas conduz à diminuição dos comportamentos perturbadores, pelo que a metodologia mais adequada para o atendimento destas crianças deve incidir nos problemas da aprendizagem a par com as condutas perturbadoras (DuPaul & Stoner 1994, Vasquez, 1997, Pfiffner & Barkley, 1998).

Segundo Mary Fowler (2000), as expectativas e as exigências do meio, têm um impacto direto nas dificuldades que as crianças com PHDA sentem. Nos ambientes onde se espera que a criança seja mais vista do que ouvida, onde se requer que ela preste atenção e que exiba um comportamento calmo e exemplar, os problemas tendem a agravar-se. Assim, a compreensão que as pessoas significativas, sobretudo os adultos com quem a criança convive diariamente, tiverem sobre esta problemática, determinarão a exibição mais ou menos expressiva dos sintomas de hiperatividade, de impulsividade e de desatenção.

Quanto mais os professores estiverem informados e sensibilizados para esta temática, mais facilmente se sentirão renovados no seu papel de promotores de aprendizagem ativa e de sucesso individual, embora isso nem sempre seja fácil.

Trabalhar com uma criança hiperativa é uma tarefa árdua, que exige da parte do professor uma modificação, ou melhor, ajuste.

Os comportamentos perturbadores e as dificuldades de aprendizagem, que lhes estão associadas, são manifestações muito frustrantes para o professor e para a criança, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade (Vasquez, 1997). Assim, é importante estabelecer estratégias que permitam, com mais facilidade, ajustar o comportamento da criança, de tal modo que esta aprenda e deixe que os outros alunos aprendam também.

As técnicas comportamentalistas, que têm por base o modelo ABC (Antecedentes - Behavior - Consequentes) e que são mais eficazes, são as seguintes (Vasquez, 1997):

1.10.1. Programas para o incremento de comportamentos desejáveis

- Reforço social e material - consiste em aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamento através da recompensa (uma atenção, um louvor, um sorriso, um "Bom", um afecto, um rebuçado...). O reforço deve ser individual, seguir imediatamente o comportamento desejado, ser fornecido de forma sistemática, inicialmente, para depois ser gradualmente retirado.

- Contratos comportamentais - duas ou mais pessoas estabelecem com o aluno um acordo escrito onde determinam o comportamento desejado e as consequências que advirão da sua ocorrência ou não.

- Sistema de créditos ou economia de fichas - Pontos ou fichas concedidos logo após a realização de um comportamento positivo e, mais tarde, trocáveis por determinadas recompensas.

1.10.2. Programas que visam a diminuição de comportamentos indesejáveis

- Abolição - ignorar os comportamentos desajustados.
- Custo da resposta - perda de uma recompensa esperada.
- Time-out - tempo fora da turma.
- Reforço de comportamentos substitutivos.

1.10.3. Programas de aplicação em grupos

- O comportamento de uma criança leva a que toda a turma seja recompensada.
- Todo o grupo trabalha para um objetivo para conseguir a recompensa.

As crianças com este tipo de perturbação parecem funcionar melhor se o ambiente for previsível, se respeitar rotinas facilmente compreendidas pela criança e se for promotor de sentimentos de conforto, de estabilidade e de segurança. A estruturação do ambiente torna-se um aspeto central.

Outro fator a ter em consideração é a importância de não focalizar a intervenção apenas na criança, mas também nos contextos onde ocorrem os seus comportamentos. Os professores devem, assim, assumir uma perspectiva mais educativa e menos comportamentalista, agindo não só sobre os consequentes (reforço positivo, custo da resposta, etc.) mas também nos antecedentes, que estão mais ligados ao contexto educativo. Neste sentido, o plano de intervenção deve incluir as estratégias e os recursos de que o professor vai dispor para manipular o contexto, de tal forma que um comportamento indesejável não chegue a ocorrer ou seja substituído por um comportamento desejável.

Para Pfiffner & Barkley (1998), a intervenção mais eficaz, e que conduz a uma melhoria no rendimento escolar, é aquela que se desenvolve no contexto escolar e no exacto momento da ocorrência do comportamento, através da aplicação de consequências positivas mais salientes e frequentes e de consequências negativas mais consistentes, associadas a uma adequada adaptação do ambiente.

As listas de verificação que se seguem visam oferecer alguns exemplos de modificações que podem ser operadas no ambiente da sala de aula e nos métodos de trabalho do professor para facilitar a integração e o sucesso escolar da criança com PHDA (adaptado de S. Rief, 1998):

Essas modificações ou adaptações ocorrem nas seguintes vertentes:

- No ambiente da aprendizagem;
- Para obter a atenção dos alunos;
- Para focar a atenção dos alunos;
- No ritmo de trabalho;
- Para manter a atenção dos alunos;
- Nos métodos de ensino;

- Nas estratégias;
- Na manutenção dos alunos em atividade;
- Na avaliação;
- No tratamento de comportamentos inadequados.

1.10.4. Adaptações no ambiente da aprendizagem

- Sentar a criança numa área com poucos distratores;
- Colocar os alunos de forma a que todos possam ver o quadro;
- Evitar toda a fonte de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem;
- Ajudar a manter a área de trabalho da criança livre de materiais desnecessários;
- Dar oportunidades à criança para se movimentar;
- Identificar sons do exterior que possam perturbar o aluno;
- Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, se necessário;
- Manter na sala "cantinhos", onde a criança possa fazer alguma atividade manual ou artística;
- Estabelecer e realizar tarefas de forma rotineira;
- Estabelecer regras bem claras e exigir o seu cumprimento;
- Construir listas de verificação para que o aluno se organize.

1.10.5. Adaptações para obter a atenção dos alunos

- Fazer uma pergunta interessante, especulativa, usar uma imagem, contar uma pequena história ou ler um poema para gerar a discussão e o interesse na lição que se seguirá;
- Experimentar uma brincadeira, uma teatralização para despertar a atenção e aguçar a curiosidade;
- Contar uma história. As crianças de todas as idades gostam de ouvir histórias, especialmente histórias pessoais. É a forma mais eficaz de ganhar a atenção;

- Adicionar um pouco de mistério. Levar um objecto relevante para a aula numa caixa ou num saco. É uma forma fantástica de despertar a curiosidade e a vontade de adivinhar e pode conduzir a excelentes discussões ou servir de motivação para a expressão escrita;
- Chamar a atenção dos alunos com algum som: uma campainha, um despertador, etc;
- Variar o tom de voz: alto, suave, sussurrante. Experimentar dar uma ordem num tom de voz elevado "Atenção! Parados! Prontos!" seguido de alguns segundos de silêncio antes de prosseguir num tom de voz normal para dar instruções;
- Usar sinais visuais: acender e apagar as luzes ou levantar as mãos o que indicará aos alunos que devem levantar a sua mão e fechar a boca até que todos estejam calados;
- Enquadrar o material visual para o qual se pretende a atenção dos alunos com as mãos ou com outro material colorido;
- Se estiver a usar o retroprojetor, iniciar com a projeção de uma imagem divertida no écran para despertar a atenção;
- Usar a cor para despertar a atenção;
- Demonstrar e modelar entusiasmo e excitação sobre a lição que se seguirá;
- Usar o contacto visual. Fazer com que os alunos olhem para o professor quando este se lhes dirige.

1.10.6. Adaptações no ritmo de trabalho

- Ajustar o ritmo da aula à capacidade de compreensão do aluno;
- Alternar atividades paradas com atividades mais ativas;
- Conceder mais tempo para completar as tarefas;
- Reduzir a quantidade e a extensão do trabalho e dos testes;
- Espaçar pequenos períodos de trabalho com paragens ou mudança de tarefa;
- Estabelecer contratos escritos com prémios para a finalização de determinadas tarefas.

1.10.7. Adaptações para manter a atenção dos alunos

- Deslocar-se pela sala para manter a visibilidade;
- Organizar a matéria a ensinar em temas, sempre que possível, permitindo que se estabeleçam ligações entre os diferentes aspetos;
- Fazer a apresentação da matéria a ensinar de uma forma viva e a um ritmo ligeiro, evitando momentos mortos na aula;
- Permitir que os alunos falem e não se limitem a ouvir, reduzindo ao máximo possível o tempo que o professor passa a falar;
- Estruturar a aula de maneira que se formem pequenos grupos ou pares de alunos para maximizar o envolvimento e a atenção dos alunos;
- Fazer uso frequente de respostas em coro, sobretudo quando é possível uma resposta com poucas palavras. Durante a aula, parar com frequência e levar os alunos a repetir em coro uma ou duas palavras-chave;
- Usar o computador, sempre que disponível, para desenvolver determinadas competências. O computador pode ser uma ferramenta muito apelativa.

1.10.8. Adaptações nos métodos de ensino

- Fazer uma apresentação geral da lição antes de a começar;
- Relacionar a informação nova com a experiência da criança;
- Usar exemplos concretos antes de seguir para o abstrato;
- Dividir as tarefas complexas em tarefas mais pequenas;
- Reduzir o número de conceitos apresentados de uma vez;
- Levar os alunos a verbalizar as instruções e os conteúdos aprendidos;
- Complementar as instruções orais com instruções escritas.

1.10.9. Adaptações nas estratégias

- Evitar o uso de linguagem abstrata como metáforas ou trocadilhos;
- Destacar a informação mais importante;
- Usar frases curtas e reduzidas ao essencial do assunto em estudo;
- Chamar a atenção do aluno antes de apresentar aspetos chave;

- Familiarizar o aluno com o novo vocabulário;
- Evitar que seja necessário tomar muitas notas do quadro ou copiar muita informação dos livros;
- Usar fichas de aplicação bem organizadas, evitando a confusão de elementos;
- Dar pistas ou dicas ao aluno para que ele inicie o trabalho;
- Evitar pressionar demasiado o aluno para se despachar ou fazer correto.

1.10.10. Adaptações para manter os alunos em atividade

- Estabelecer na classe um ambiente mais cooperativo e menos competitivo;
- Utilizar ao máximo possível as estratégias de aprendizagem cooperativa;
- Usar o trabalho de grupo de forma adequada, não apenas trabalhar em grupo. As crianças com PHDA têm dificuldade em integrar-se em grupos mal estruturados em que os papéis não estão bem definidos;
- Ter a certeza de que todos os alunos compreendem o trabalho que têm de fazer antes de os pôr a trabalhar individualmente;
- Designar um colega para acompanhar o aluno verificando se este compreendeu as tarefas;
- Dar, para trabalho individual aos alunos, o tipo de trabalho que sabemos que eles serão capazes de completar;
- Providenciar outro trabalho de fácil execução no caso de o aluno ter de esperar pela ajuda do professor;
- Utilizar os alunos para ajudar outros alunos enquanto o professor está ocupado com um determinado grupo;
- Utilizar os colegas para ler para o aluno as informações mais importantes;
- Estabelecer um sistema de prémios, em que os alunos recebem um determinado brinde se atingirem um objetivo previamente definido.

1.10.11. Adaptações na avaliação

- Permitir instrumentos de avaliação alternativos (apresentação oral, resposta múltipla, etc.)
- Estabelecer, de comum acordo, expectativas realistas quanto aos resultados a alcançar.
- Aceitar respostas com as palavras-chave apenas.

1.10.12. Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados

- Antecipar e prevenir os problemas, sempre que possível;
- Estabelecer regras precisas e consequências claras;
- Evitar uma linguagem de confronto;
- Estabelecer alternativas para comportamentos inadequados;
- Estabelecer na sala um local para "esfriar";
- Ignorar comportamentos. Alguns comportamentos perderão o impacto se forem ignorados;
- Evitar, tanto quanto possível, dar atenção a comportamentos inadequados iniciados apenas com esse objetivo;
- Evitar criticar o aluno;
- Verificar os níveis de tolerância e ser compreensivo perante sinais de frustração;
- Falar em privado com o aluno acerca dos seus comportamentos inapropriados;
- Providenciar comportamentos alternativos aos comportamentos indesejados;
- Remover objetos que possam iniciar um comportamento não desejado;
- Reagir com humor em momentos de tensão para a aliviar.

1.11. Lado a lado com uma criança Hiperativa

Para perceber a dinâmica perturbada das forças vitais, que se torna mais clara com a manifestação do sintoma da hiperatividade, é necessário perceber também a dinâmica

de toda a vida da criança que se tornou irrequieta. Neste âmbito, é importante ter em atenção um conjunto de questões que poderão levar-nos a refletir sobre o assunto:

- Quais as possibilidades de percepção de que a criança dispunha no momento em que a hipercinesia se começou a manifestar?
- Porque razão é que a criança se poderá ter sentido excedida?
- No ventre materno, a criança já tinha manifestado um comportamento mais irrequieto do que os seus irmãos?
- Como se sentia a mãe durante a gravidez?
- Enquanto bebé, a criança gritava e chorava muito ou era um “bom bebé”?
- Deixava-se acalmar nos braços da mãe ou isolava-se?
- As suas atividades preferidas não se tornaram no seu próprio filtro, resultando daí caprichos?
- Quais as tentativas da criança para se sentir bem?
- Consegue acalmar-se quando se dedica às suas atividades preferidas?
- Consegue concentrar-se quando faz algo que a diverte?
- Consegue acalmar-se quando as suas atividades são acompanhadas ou dirigidas por um adulto?

1.12. A importância da inclusão dos alunos com PHDA

Incluir significa muito mais do que integrar crianças com N.E.E. no sistema regular de ensino. Desta forma, a política de inclusão tem inevitavelmente de provocar alterações nos sistemas escolares, de modo a permitir que todas as crianças aproveitem ao máximo todas as suas potencialidades.

A inclusão de alunos com N.E.E. no sistema regular de ensino é um processo irreversível que exige um grande investimento da parte de todos.

Hoje em dia a inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais, em contextos lúdicos e educativos é muito importante, tanto para a própria criança como para as crianças ditas normais.

Em Junho de 1994, a UNESCO organizou em Salamanca, “Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais”, na qual foram discutidos e consagrados um conjunto de princípios e conceitos como “Inclusão” e “Escola Inclusiva” que, desde então, tem constituído vectores orientadores de políticas educativas implementadas nos

diversos países da Europa, (Brandão, 2007). O princípio fundamental da Declaração de Salamanca declara que as escolas regulares devem estar preparadas para receberem todas as crianças independentemente da sua condição física, intelectual, social, emocional ou outra. Tal afirmação demonstra uma clara mudança de paradigma, relativamente ao anterior conceito de integração, tendo agora a escola de se adaptar às necessidades específicas de cada criança, através de uma pedagogia centrada na criança, (Brandão, 2007).

O princípio subjacente às Escolas Inclusivas é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam.

Porter (1994) e Ainscow (1997) consideram a escola inclusiva como um sistema de educação e ensino onde os alunos com necessidades educativas especiais, incluindo os alunos com deficiência independentemente da severidade das problemáticas, são educados na escola do local de residência, em ambientes de sala de aula regulares, apropriadas para a sua idade cronológica, com colegas que não tem deficiências e onde lhe são oferecidos ensino e apoio de acordo com as suas capacidades e necessidades.

A escola inclusiva é uma escola que não se fecha em si mesma, mas aberta a toda a comunidade educativa criando um espírito de solidariedade entre todos e respeito pelas diferenças.

Correia, (1997) refere que: “o princípio da inclusão apela, assim, para uma escola que tenha em atenção a criança – todo, não só a criança – aluno e que, por conseguinte respeita três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, sócio emocional e pessoal – de forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial”.

O professor deve utilizar uma prática pedagógica que promova a participação activa de todos os alunos.

Na opinião de Ainscow (1997), a “criação de salas de aula mais inclusivas”, assentam em três pilares essenciais: planificação para a classe como um todo, que os professores sejam estimulados a utilizar de forma mais eficiente os recursos naturais que podem apoiar a aprendizagem dos alunos e a capacidade que cada professor tem de se adaptar a situações pontuais, estimuladas e valorizando uma participação ativa de todos os alunos.

De acordo com Correia, L.M. (1997), “o desafio da escola inclusiva é o ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada na criança, suscetível das educar a todas com sucesso incluindo as que apresentam graves capacidades.

Rodrigues (1998), define inclusão enfatizando a diferença de paradigmas: a escola integrativa segue o paradigma da escola tradicional, em que um grupo determinado de alunos é sinalizado através de uma lógica médico-pedagógica e integrado no espaço da escola sendo objeto de tratamento especial e, simultaneamente, são negligenciadas a diversidade e a qualidade global. A adoção do conceito de “Educação Inclusiva”, e não “Escola Inclusiva”, é justificada pelo mesmo, com o argumento de se tratar de uma concepção que respeita a todo o sistema de ensino, isto é, reconhecendo indivíduos e grupos concretos, baseia-se na diferenciação curricular e num currículo em construção.

Considera-se a mudança de atitudes como um fator chave na criação de salas de aula mais inclusiva. Booth, Barton (cit. Allan, 1999, p. 14) acrescenta que “a educação inclusiva trata da resposta à diversidade; trata de saber escutar vozes pouco familiares, de criar atitudes de abertura, trata-se de dar poderes a todos os membros, trata de celebrar a diferença de formas dignificantes. Nesta perspectiva, o objetivo é não deixar ninguém fora da escola”.

É possível modificar atitudes e comportamentos de forma a desenvolver na escola e na comunidade um clima de tolerância e de empatia. Atribui-se igual importância ao trabalho de equipa/trabalho cooperativo.

A escola inclusiva pressupõe uma ideia de escola autónoma, em que se encontram modelos diversificados de trabalhar com os alunos que não passam só pela direccionalidade para os que se apresentam com dificuldades de acesso ao currículo, mas para uma facilitação e mediação posta à disposição de todos, centrando as transformações ao nível do currículo, condições de ensino na sala de aula, contextos educativos e, no geral, “mexendo” em todo o ambiente educativo. Nesta concepção de escola a heterogeneidade dos alunos é vista como um recurso e não como um problema, (Barroso, 1999).

Sendo a exclusão escolar considerada como o primeiro passo para a exclusão social, o combate à exclusão escolar obriga a escola a confrontar-se com a sua génese homogeneizadora e segregadora e a ter em conta que o ensino-aprendizagem é um processo mais vasto de socialização. Assim, de uma escola tradicional onde a deficiência é excluída para instituições procura-se construir uma escola inclusiva que responda às diferenças com igualdade e equidade e com alta qualidade (Rodrigues, 2001; Fonseca, 2000).

O enriquecimento dos contextos reflexivos e meta-reflexivos implica que, no âmbito das interações entre profissionais, se aprenda a partilhar informação, novas

competências e saber e, mudar atitudes, essencialmente no que se refere à percepção da diferença (Ainscow, 1999; Mittler, 2000).

Assim, segundo Rodrigues (2001), em rutura com a escola tradicional segregadora, orientada para o aluno “médio”, e como resposta à escola integrativa, que consegue fazer um esforço para ensinar o aluno com deficiência à luz de estratégias de compensação, mas que no fundo redundou numa continuação daquela, a escola inclusiva perfila-se e consolidar-se-á tanto mais quanto melhor for capaz de entender todos e cada um dos alunos como seu património e sua responsabilidade. Tudo se passa, pois, no modo como a escola concebe e interage com a diferença, qualquer que ela seja.

Para, Costa (2001), Educação Inclusiva, significa uma Educação Adequada e de alta qualidade para alunos com qualquer tipo e grau de deficiência ou limitação na escola comum, isto é, na escola que o aluno frequentaria caso o aluno não tivesse deficiência. Assegurar a escolaridade básica e com qualidade na escola regular a todos os alunos propícia que os mais capazes numa dada área ajudem os colegas que têm mais dificuldades, habituando-os a ver nos outros alguém com capacidades e a respeitar a diferença com resultados positivos recíprocos, ao invés do que sucedia no modelo tradicional.

A questão curricular é de facto uma das questões centrais da escola inclusiva, oscilando as perspetivas de encarar o problema entre a exigência de a escola dever acautelar o cumprimento de objetivo mínimos que todos devem alcançar, e a não fixação prévia de metas, uma vez que é função da escola estimular ao conhecimento e ser agente de desenvolvimento donde cada aluno irá até onde puder, (Rodrigues, 2001).

Impõe-se também uma nova maneira de gerir o currículo. Partindo de um reconhecimento das aprendizagens essenciais comuns a todos os alunos, a escola deve desenvolver um projeto curricular concretizado ao nível das turmas e dos indivíduos. Esta última vertente assume maior importância nas situações educativas dos alunos com necessidades educativas especiais, quando se torna necessário a aplicação de um modelo de desenvolvimento curricular contextualizado, diferenciado, que pode consubstanciar-se no currículo funcional (Rodrigues, 2001).

A organização da escola deve fazer um esforço acrescido no sentido de criar condições na sua estrutura para facilitar a implementação de novas políticas, culturas e práticas inclusivas, tomando medidas como: (1) organização dos horários e das atividades de modo a proporcionar condições para a formação contínua dos professores, ou seja tempo para debate e reflexão, incentivos ao trabalho de colaboração e de investigação; (2) abertura da escola aos pais, de modo a que entre estes e os

professores se estabeleçam laços frequentes, pretendendo-se com esta comunicação mais estreita entre uns e outros, que os pais transmitam aos professores os conhecimentos que têm sobre os seus filhos, colaborem com a escola e que, em casa, se interessem pelo progresso escolar e que os apoiem; e, (3) abertura da escola à comunidade, quer para que os alunos desenvolvem projetos de trabalho no exterior, quer para estimular os serviços da comunidade a colaborar com a escola (Ainscow, 2002).

É unanimemente reconhecido na Europa que a Educação Inclusiva constitui a base fundamental para assegurar a igualdade de oportunidades para as pessoas com Necessidades Educativas Especiais em todos os aspetos da sua vida, educação, formação, trabalho e vida social, (European Agency for Development in Special Needs Education) – EADSNE (2003 a).

Só uma pedagogia diferenciada e cooperada, iniciada o mais cedo possível, centrada num currículo adaptado às necessidades específicas de cada criança poderá vir a concretizar os princípios da integração e da plena participação. Tais princípios orientam o percurso rumo a uma sociedade inclusiva justa e solidária.

Fatores como descentralização e autonomia, capacidade de liderança, iniciativa dos professores, interajuda, trabalho em cooperação, formação, conjugadamente com o envolvimento do ambiente externo são contributos em prol da inclusão e do processo de mudança que a informa (Rodrigues, 2001; Stilstone, Florian, Rose, 2003).

O conceito de inclusão, tem de ser flexível, permitindo a adoção de estratégias e de opções exigidas por cada situação (cada aluno), numa perspetiva de partilha, saberes e experiências.

Por conseguinte, a inclusão desafia a mudança, estimula a flexibilidade das relações, a redistribuição dos recursos com vista ao seu mais correto aproveitamento, o trabalho em equipa, o envolvimento de toda a escola, dos pais, da comunidade, (Wolger 2003).

De acordo com Rodrigues (2006), a Educação Inclusiva assenta no que o autor designa por “três pilares”: rejeição da exclusão, educação conjunta de todos os alunos e eliminação de barreiras à aprendizagem.

Segundo, Brandão (2007), temos o compromisso de educar cada criança no ambiente (comunidade, escola, sala de aula, família) que lhe seria destinado, caso não tivesse Necessidades Educativas Especiais e em vez de deslocar a criança aos serviços, são os serviços que vêm até à criança.

1.13 – O conhecimento dos professores em relação à PHDA

De uma maneira geral, a literatura aponta para a existência de algum desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, facto que os condiciona a darem resposta às necessidades das crianças com esta perturbação (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al., 2000).

Os professores tendem a estar menos informados sobre os efeitos colaterais de medicamentos estimulantes (Barbaresi & Olsen, 1998; Kasten, C., & Garça, 1992 cit por Sciutto et al., 2000).

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

Vidro e Wegar (2000) referem que os professores dão maior ênfase ao diagnóstico, do que a executar ajustes comportamentais.

1.14 – O papel dos professores no diagnóstico da PHDA

Os professores são muitas vezes os primeiros a detetar o problema, mas por vezes sentem-se confusos, pois não sabem como confirmar as suspeitas de PHDA.

Existem vários critérios que representam diretrizes úteis para diagnosticar crianças “hiperativas”. A situação do professor é privilegiada, para o professor, para constatar alguns destes problemas, devido á relação pedagógica que estabelece com os alunos.

O professor deverá observar estes comportamentos durante os períodos de trabalho individual e nas interações criança/criança e criança/adulto, na sala de aula e no recreio

Os professores são um elemento fundamental, que deve fazer parte da equipa que faz o diagnóstico e apoia as crianças com PHDA.

Por outro lado Barkley, 1990, cit. por Sciutto et al (2000) reforça que os professores são uma parte importante desta equipa multidisciplinar.

Os professores foram considerados uma das fontes mais valiosas de informação relativamente ao diagnóstico porque têm uma exposição diária com as crianças numa variedade de situações clinicamente relevantes (Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992 cit. por Sciutto et al 2000).

As informações de pais e professores, o trabalho em equipa juntamente com outros profissionais, enriquecem muito o processo de diagnóstico.

Além do mais, os professores estão numa posição favorável de fornecer uma informação diagnóstica crítica porque os comportamentos evidenciados pela problemática da PHDA são bem possíveis de ocorrer no ambiente escolar (Schwean, Parkinson, Francis, & Lee, 1993 cit. por Sciotto et al 2000).

Os professores são frequentemente os primeiros a fazer referências para a avaliação da PHDA (Frankenberger, Lozar, & Dallas, 1990; Lloyd, Kauffman, Landrum, & Roe, 1991 cit. por Sciotto et al 2000) e estas referências frequentemente foram usadas como preditivas dos sintomas da criança (Pelham et al., 1992 cit. por Sciotto et al 2000).

Segundo Garcia (2001), a escola, tem suscitado interesse entre os especialistas, devido ao papel que desempenha na origem e na deteção deste problema e são os professores que identificam, frequentemente, as crianças com atividade motora excessiva, inquietas e distraídas.

Lawson (2004) num estudo referente a quem faz o diagnóstico confirma que são também os professores frequentemente os primeiros a sinalizar a PHDA.

Havey afirma que a falta de atenção no DSM-IV é definida, em grande parte, com base em atividades académicas, e as observações e as perceções dos professores são essenciais (Havey, 2007).

1.15 – Como é que os professores podem ajudar um aluno com PHDA

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

Os professores devem refletir sobre as ações desencadeadas na sala de aula. Sempre que possível e sempre que seja necessário, o professor deve dar apoio individual ao aluno com PHDA, deve ter uma sala bem estruturada, apresentar ao aluno tarefas curtas e explicadas passo a passo, deve sentar o aluno perto de si, junto dos colegas mais tranquilos e onde não haja fontes de distração.

Os professores devem manter o espírito aberto e uma atitude compreensiva para tentar lidar com a Hiperatividade, não esquecendo nunca que a atividade motora excessiva é um padrão de resposta automática que a criança não consegue controlar na totalidade (Sosin, David & Myra 1996).

Estas crianças têm uma atividade excessiva e uma escassa sociabilidade, o que as leva a ter conflitos constantes com os colegas e professor. Estas condutas problemáticas criam nas crianças expectativas frustrantes e estádios de cólera e hostilidade.

Para colmatar este distúrbio comportamental o professor deve tornar-se mais interativo e direcional, encorajando a autorregulação e o auto reforço, como meios de desenvolvimento de autoestima, igualmente favoráveis ao aumento da motivação.

Torna-se urgente desenvolver nos professores uma consciência epistemológica que os leve a questionar as práticas, a refletir sobre elas, a implementar formas de trabalho colaborativo entre professores e entre estes e os alunos, sob pena de não conseguirmos implementar verdadeiramente, os princípios da inclusividade ficando-nos por formas ambíguas, que nem são francamente inclusivas, nem não inclusivas (Dyson e Millward, 2000, cit. por César, 2003).

Os Professores/Educadores, que tem estas crianças na turma, tentam responder ao desafio evitando estabelecer objetivos demasiado baixos ou demasiado altos, uma vez que à “hiperatividade” alia-se a dificuldade em manter a concentração para além de períodos de tempo muito curtos e a tendência para prestar atenção a estímulos não pertinentes ou diversos estímulos simultaneamente.

O professor que espera que todos os alunos estejam e se comportem em conformidade com todas as mesmas exigências e expectativas muito provavelmente vai desanimá-los e ensinar-lhes pouco mais do que a odiar a escola (Sosin, David & Myra 1996).

CAPÍTULO 2 - EXPRESSÃO PLÁSTICA E O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

“Os alunos são sementes, às quais importa proporcionar um bom terreno, isto é, ambiente adequado, para que elas se desenvolvam.” (Rocha1998, p. 52)

O desenvolvimento da criança é um processo complexo e progressivo que se inicia durante os primeiros dias de vida e se processa até à idade adulta.

O homem passa quase um terço da sua vida em plena maturação até se tornar adulto. É um processo que engloba componentes diversificadas que vão da sua autoconstrução, a qual depende sobretudo da "plasticidade" que vai manifestar ao ser capaz de responder, sucessivamente, a níveis de estruturação diversificados e mais complicados, bem como as estimulações ambientais. É uma aprendizagem prolongada que procura uma adaptação integrativa no meio em que a criança se vai desenvolvendo.

De acordo com Piaget (1974), o desenvolvimento da criança pode encarar-se como uma sucessão de períodos, num processo contínuo e dinâmico, em que as manifestações de cada fase do desenvolvimento evoluem para uma fase superior, tendo como suporte a anterior que melhoram e aperfeiçoam.

Todo o indivíduo desenvolve o seu pensamento através de cinco estádios fundamentais: sensório-motor, desde o nascimento até aos dois anos; simbólico, dos dois aos quatro anos; pré-operatório, dos quatro aos sete anos; operações concretas, dos sete aos onze anos e operações formais, a partir dos doze anos (Piaget, 1974).

A criança quando entra para o 1º Ciclo, com cinco ou seis anos de idade, encontra-se na fase de transição do período das operações pré-operatórios para o período das operações concretas. Nesta fase os mecanismos da adaptação, acomodação e assimilação, ainda não estão em equilíbrio; o pensamento ainda é dominado pelos pré-conceitos; a capacidade de irreversibilidade ainda não está totalmente formada e a atenção da criança fixa-se nos aspetos sequenciais, mais do que nos resultados finais das transformações. A criança é ainda muito egocêntrica.

Como vive ainda sob o domínio da contração e da irreversibilidade, a criança atende apenas ao global e ao representar a figura humana não lhe coloca os braços, limitando-se ao essencial quer na representação humana a quer na representação das coisas.

A Expressão Plástica pode desempenhar um papel relevante nesta fase, uma vez que pode ajudar a acelerar o desenvolvimento da reversibilidade e o fim da contração. Progressivamente a criança vai reparando que falta algo no seu desenho e aos poucos coloca as partes integrantes, processo que a ajuda na aquisição da reversibilidade.

Por volta dos sete anos, começa a desenrolar-se a integração das estruturas do pensamento das operações concretas. A criança passa do domínio da intuição para o

domínio das operações concretas, podendo ordenar, combinar e separar objetos, o que significa que já adquiriu a capacidade de reversibilidade que lhe permitirá deixar a centralização e aceder ao sistema operatório.

O egocentrismo reduz-se, a criança começa a aceitar outros pontos de vista diferentes do seu e o princípio da conservação surge, fazendo com que o corpo humano se represente já na sua totalidade.

As representações mentais neste período são inicialmente dominadas pela descentração e posteriormente por uma perspectiva mais consonante com a lógica operacional, o que naturalmente tem implicação nas suas representações gráficas.

O conhecimento destes pressupostos evidencia a importância que a Expressão Plástica assume no desenvolvimento das competências da criança, como se depreende da afirmação, o desenho é uma forma de representação que supõe a construção de uma imagem bem distinta da percepção. O que é desenhado é uma construção gráfica que dá indícios do tipo de estruturação simbólica que a criança tem naquele momento e não uma reprodução de imagens percebida nem a imagem mental que a criança tem do objeto. (Piaget, 1977)

O desenho é a primeira manifestação gráfica da criança e fornece indicadores preciosos acerca das capacidades que a criança tem desenvolvido.

2.1.Desenho Infantil

O desenho é uma atividade espontânea que favorece e promove o equilíbrio emocional da criança. É uma forma que a criança encontra para comunicar as suas sensações e as suas experiências vivenciais.

A criança ao desenhar representa seres vivos, objetos e até mesmo ideias através de linhas, pontos e manchas, utilizando lápis, tintas... O desenho é um meio de expressão que a criança vai aperfeiçoando à medida que o pratica, isto é, a criança aprende a desenhar desenhando; qualquer desenho contém uma mensagem, mas se esta não for elaborada através de regras da linguagem visual, não há comunicação.

Através do desenho a criança pode exprimir sentimentos e desejos que por vezes não mostra por outros meios, com receio da censura ou represálias. Muitas vezes a sua linguagem é pobre e insuficiente e então ela pode exprimir conflitos que nem sempre são conscientes.

O desenho livre para a criança é jogo e meio de comunicação, para o professor é utilizado como meio de desenvolvimento intelectual, da motricidade e do senti do estético, para os psicólogos é um meio de expressão de sentimentos e elaboração de conflitos.

Como disse Piaget (1977), o desenho é uma forma de representação que supõe a construção de uma imagem bem distinta da percepção.

A criança procura representar no desenho a visão que tem do mundo e, para tal tem como referência o real, que segundo Piaget, é reconstruído pelo sujeito para apropriar-se dele.

Ao considerar o desenho da criança no contexto do desenvolvimento com base no construtivismo, a maioria dos autores refere-se à abordagem de Luquet, por ser uma das mais relevantes na conceção do desenho como construção do conhecimento.

Para Luquet (1969), a criança desenha para se divertir. O desenho é para ela um jogo como quaisquer outros e que se intercala entre eles, havendo grandes períodos nós quais simplesmente a criança não desenha.

O mesmo autor refere que, o desenho é uma íntima ligação do psíquico e do moral. A intenção de desenhar tal objeto não é senão o prolongamento e a manifestação da sua representação mental; o objeto representado é o que nesse momento ocupava o espírito do desenhador, um lugar exclusivo ou preponderante. (Luquet, 1969:23)

Ao representar objetos reais, a criança apresenta dificuldades em traduzir as suas três dimensões, sobre uma superfície que só tem duas, evita, então, esta dificuldade, copiando desenhos onde se encontra esta tradução completamente feita. A criança imita por uma espécie de desporto, imita principalmente, para dar ocasião aos outros e até a si própria de ver que é também "capaz" como os outros.

Desenhos mais variados testemunham, tanto pelo número, como pela fidelidade dos pormenores, uma observação sempre desperta, aplicada a uma reprodução quer minuciosa, quer, pelo menos, característica da realidade e provando como será injusto considerar os desenhos infantis como "réplicas" de um tipo estereotipado. (Luquet, 1969, p. 127).

A observação de desenhos de crianças, revela o facto inesperado de que a criança dá frequentemente a um desenho executado, ou em, vias de execução uma interpretação diferente da sua intenção primitiva.

"O modelo interno intervém não só na execução do desenho, mas também na significação que a criança lhe atribui" (Luquet, 1969, p. 88).

Na sua teoria Luquet, trata o desenho infantil como construção do conhecimento, onde participam o modelo interno que a criança possui dos objetos e a sua conceção do real naquele momento.

Este autor, ao estudar a produção de desenhos de crianças, procurou compreender as intenções e as interpretações que elas davam aos desenhos. O seu interesse era entender o que levava a criança a alterar as suas representações gráficas.

2.2. Evolução Gráfica do Desenho

Os nossos sentidos são permanentemente bombardeados com estímulos do mundo envolvente. Para ordenar esta situação confusa e de conflito tornou-se necessário que os seres humanos criassem o significado. É através da construção do significado que o conhecimento acerca de nós próprios e do meio envolvente é adquirido, organizado e expresso. Na criação do significado, as respostas ao mundo são organizadas e comunicadas através de formas simbólicas.

A linguagem simbólica normalmente ao nosso alcance é a linguagem verbal. Uma forma simbólica muito importante é a arte ou representação visual. Este veículo de expressão do significado é de vital importância no crescimento e desenvolvimento das crianças.

A criação do significado nas imagens visuais implica uma determinada maneira de estruturar o pensamento.

Arnheim (1974) afirma que o processo de representação artística é uma procura de "equivalência" de formas, através da qual a significação pode ser exprimida, e começa no início da infância.

É até aos dois anos de idade que a criança aprende a imitar ações. Após um vasto reportório de ações imitativas, a criança começa a interiorizar ações em termos de imagens constituídas em pensamento. A imagem interna é construída a partir de muitos atos imitativos passados, que dão "significância" à atividade representacional. (Piaget, 1970).

Durante o período inicial (dos dois aos sete anos) e no período final da fase das operações concretas (sete aos onze anos), as crianças organizam as suas respostas construindo esquemas de pensamento. Estes esquemas, segundo Piaget (idem), consistem em organizações intelectuais que permitem à criança agrupar as respostas na sua memória.

Vários autores de obras sobre educação usaram a teoria do desenvolvimento de Piaget para explicar como é que a criança estrutura imagens visuais. Através de atos exploratórios a criança começa a ter ideias acerca dos materiais. Com a sua manipulação vão sendo adquiridos conceitos básicos como comprido e curto, espesso e fino, largo e estreito, luminoso e escuro, áspero e macio (Burton, 1980, Smith, 1983).

Com o passar do tempo a criança começa por ligar as suas ações e respostas aos materiais e começa a dar forma a imagens, representando categorias de objetos e acontecimentos.

Conforme a criança aprende a interiorizar as suas impressões do mundo para uso futuro, também a compreensão do limite da linha, da forma e da cor é interiorizado de forma a criar a base, a partir da qual pode escolher conceitos sobre materiais específicos, relacionados com determinadas ideias (Burton, 1980, Smith, 1983).

Com a evolução, a criança aprende a elaborar imagens mais complexas das suas respostas ao mundo.

Conforme a significação representada pelas imagens varia, também as imagens se tornam mais ricas de pormenores.

Pelo que até aqui exposto facilmente se depreende que as crianças passam por várias fases de evolução do desenho.

2.2.1. Fases do Desenho

A expressão gráfica da criança passa por várias fases, no caminho da pesquisa para representar o mundo, como afirma Lowenfeld (1970), independentemente da sua cultura ou do ponto em que se encontram. Verifica-se contudo que existem diferenças relativamente a essas mesmas etapas, até porque nós sabemos que entre dois indivíduos existem sempre diferenças. (Salvador, 1988).

Luquet (1969), definiu vários estágios na evolução do desenho da criança, caracterizando cada um deles a partir da intenção e da interpretação da criança, ou seja, do vínculo que a criança estabelece com o desenho, enquanto objeto de conhecimento. Esta divisão, ainda hoje seguida pela maior parte dos autores, parametriza a evolução do desenho infantil em quatro fases ou estádios: o da garatuja, o pré-esquemático, o esquemático e o início do realismo.

2.2.1.1. Garatuja

A fase da garatuja vai evoluindo, tomando formas cada vez mais complexas, cujo conteúdo é reconhecido pelo adulto, daí que na sua evolução se encontrem três sub-estádios:

- Garatuja desordenada (18 meses até aos 3 anos)

A criança faz movimentos ao acaso, sem direção e de forma desordenada, mas com prazer de ver os seus rabiscos aparecerem num papel ou noutra lugar como paredes, móveis...

Por vezes a criança nem olha para a superfície que tem à sua frente, enquanto traga as linhas ou rabiscos (Leite & Malpique, 1986).

A forma como o adulto reage a esta primeira manifestação artística da criança tem efeitos na evolução artística da criança.

Serrano (1996), considera a garatuja como um dos alicerces principais da arte. Todas as crianças, sejam elas de que raça for, começam com a garatuja, conforme referem Leite e Malpique (1986).

- Garatuja controlada (cerca dos 3/4 anos)

Esta segunda categoria acontece quando a criança já controla os movimentos, quer visuais, quer motores, o que lhe permite dar novas formas à garatuja.

A descoberta de que pode controlar o material e a sua criação dá-lhe maior prazer, incentivando-a a repetir sistematicamente essas experiências.

É neste período etário que se define a lateralização e a criança passa a dar prioridade a uma das mãos.

Surgem, então, as primeiras manifestações de intencionalidade representativa e as primeiras tentativas da escrita, embora sem semelhanças com aquilo que nomeia (Lowenfeld, 1970).

A criança desenha com grande prazer e normalmente só pára quando a folha está cheia. Começa a usar mais do que uma cor, experimenta diversas formas de segurar o lápis e já é capaz de o fazer de uma forma muito próxima do adulto (Leite & Malpique, 1986).

2.2.1.2. Garatuja com nome (próxima da transição para a fase seguinte)

A criança nesta fase, não se satisfaz apenas com movimentos, começa a estabelecer uma relação entre esses movimentos e o mundo que a rodeia. Começa, assim, a dar um nome aos seus traços.

A criança passa a desenhar os traços com uma intenção, embora estes não tenham mudado muito quando comparados com as formas de garatuja anteriores. Com o tempo, os traços são melhor distribuídos pela folha e enquanto desenha, a criança vai falando para si mesma sobre o que faz.

Respeitar a interpretação que a criança faz do seu próprio desenho é a melhor forma de a estimular, de lhe transmitir segurança e autoconfiança. (Leite e Malpique, 1986)

- Estádio Pré-Esquemático (entre os 4 e os 7 anos)

Neste estágio, a criança procura encontrar uma forma para representar a figura humana e toda a realidade que a envolve.

A figura humana é a primeira representação que surge em arte infantil.

A criança não repete duas vezes a mesma figura, numa ela coloca os braços e noutra pode não os colocar, o que não esquece são as pernas. A criança desenha o que sabe e como sabe. Com o aumentar dos conhecimentos vai acrescentando elementos à figura, que se torna cada vez mais completa.

A noção de espaço é importante nesta fase. A criança coloca uma linha, nem sempre horizontal, que representa o chão e desenha sobre ela.

Neste estágio, a criança representa no desenho os objetos como se fossem transparentes.

- Estádio Esquemático (entre os 7 e os 9 anos)

Surge nesta fase o início do raciocínio lógico, em que a criança faz representações ideográficas e visiográficas. Há uma transformação da inteligência: de intuitivo o pensamento passa a reflexivo.

- Início do Realismo (entre os 9 e os 12 anos)

Neste período etário surge a noção de qualidade e quantidade, isto porque o "realismo intelectual" passa a "realismo visual", em que o pensamento egocêntrico da

criança muda para uma visão objetiva do mundo que a rodeia. Os desenhos tornam-se mais diversificados, pormenorizados e com diferentes elementos.

Exprimem as vivências, conhecimentos adquiridos e as relações existentes entre objetos e pessoas.

“As crianças surpreendem-me pelo seu poder criativo. Estou plenamente convencido de que existe uma "arte infantil". Modelagem, pintura, trabalhos manuais, tantos são os domínios através dos quais as crianças se exprimem.”
(Severin & Dupont, 1980, p. 44)

2.3. A Expressão Plástica

Desde que nasce a criança é portadora de um conjunto de vivências próprias da cultura onde está inserida, tendo necessidade de comunicar com os outros. Assim ela utiliza todos os meios que estão ao seu dispor: verbal, gestual e plasticamente vai exprimindo e transmitindo os seus desejos, sentimentos e a sua forma de representar o mundo que a rodeia.

Para Cardoso e Heitor (1988) a arte Plástica é essencialmente uma linguagem que, praticada nas devidas condições, poderá ser um instrumento de elevada qualidade para ajudar a criança, no seu desenvolvimento, a encontrar o equilíbrio, por meio de uma série de experiências sensoriais e intelectuais.

A Expressão Plástica é uma das áreas de Expressão Artística e a par das outras contribui de maneira importante para o desenvolvimento harmonioso e integral da criança. Apresenta como características fundamentais a vertente lúdica, a comunicativa e a estética.

A Expressão Plástica é um dos modos mais característicos que a criança tem, não só de observar e manipular a matéria, de forma criativa, como, também de comunicar ao exterior a sua particular visão do meio, a sua aquisição permanente de noções e a necessidade de partilhar com outros o seu estado emocional próprio.

A Expressão Plástica deverá ser aproveitada para aperfeiçoar o indivíduo em todos os planos.

A manipulação e experiência com os materiais, com as formas e com as cores permitem que a partir de descobertas sensoriais, as crianças desenvolvam formas pessoais de expressar o seu mundo interior e de representar a realidade.

A exploração livre dos meios de Expressão Gráfica e Plástica possibilita o desenvolvimento da destreza manual e a descoberta e organização progressiva de volumes e superfícies.

O desenho é uma das atividades que mais se desenvolve e para a qual a criança está mais apetrechada, pois basta-lhe um simples lápis para desenhar.

Através do desenho, da pintura e da modelagem a criança acede melhor ao símbolo gráfico, a sua compreensão e utilização.

O desenho, a pintura ou a construção, constituem um processo completo em que a criança reúne diversos elementos da sua experiência, para tomar um todo com um novo significado.

Para tal é necessário criar condições e organizar espaços adequados, que permitam a criança expressar os seus sentimentos e emoções e conduzi-la à exploração, invenção e produção. O manusear dos materiais pode contribuir grandemente para o assumir de responsabilidades.

Todas as atividades desta área permitem um melhor conhecimento das capacidades e progressos das crianças.

2.4. Descoberta e Organização Progressiva de Volumes

2.4.1. Modelagem e escultura

As atividades de manipulação e exploração de diferentes materiais moldáveis devem ser largamente praticadas pelas crianças.

As ações de amassar, separar, esticar e alisar proporcionam explorações sensoriais importantes, a libertação de tensões e o desenvolvimento da motricidade fina.

Pela modelagem e escultura apreendem-se as qualidades dos diferentes materiais como a resistência, maciez, elasticidade, dureza, entre outros trabalhando a volumetria e a tridimensionalidade. Para a definição das três dimensões, da forma do objeto, o manejo e o domínio plástico com a aplicação dos dedos e das mãos é fundamental. Com efeito, recorrer-se-á numa primeira fase a modelagem com auxílio exclusivo dos dedos para a conquista Plástica tridimensional, já que o uso de pauzinhos ou teques, numa segunda fase, abrevia o tempo de aplicação e descoberta da mesma.

O barro é considerado o melhor material para a modelagem. Outros são como a plasticina, massas de farinha e pão que parcialmente o substituem.

2.4.2. Construções

Utilizando diferentes materiais e objetos como caixas, latas, pacotes, rolas, botões, trapos, cartão, etc. A criança constrói brinquedos, máscaras carnavalescas e outros objetos lúdicos e expressivos. Agrupando, ligando, sobrepondo livremente diversos materiais e objetos a criança explora sensorialmente as suas características e potencialidades.

2.5. Descoberta e Organização Progressiva das Superfícies

2.5.1. Desenho

O desenho é uma atividade espontânea que contribui para promover equilíbrio emocional e o desenvolvimento integral da criança. Através do desenho a criança comunica ou expressa algo que muitas vezes não transmite por palavras.

Uma das formas e talvez das primeiras que a criança encontra para comunicar é através do desenho. Este desejo e forma de comunicar necessita no entanto de espaços e materiais.

O desenho é uma das atividades fundamentais de expressão que deve ocorrer com muita frequência e de forma livre, permitindo assim que a criança desenvolva a sua singularidade expressiva.

Os suportes utilizados nestas idades não deverão ser de dimensão muito reduzida, e será desejável que as crianças escolham os seus próprios materiais e cores, de acordo com a sua sensibilidade. (DEB, 2001)

Com a introdução de diferentes materiais, suportes e atividades sugeridas, as crianças poderão aprofundar as suas capacidades de Expressão e representação gráfica.

2.5.2. Pintura

A pintura tem uma tripla finalidade: a representativa, a expressiva e a decorativa.

Dentro do campo da Plástica, a pintura oferece à criança a possibilidade de se iniciar na aprendizagem de uma série de técnicas novas.

Na pintura, a criança exprime-se por meio da cor sem se obrigar a reproduzir formas figurativas, abrindo assim a sua imaginação a uma gama inumerável de possibilidades cromáticas e representativas.

O que diferencia basicamente o desenho da pintura é a cor. A cor estimula a criatividade da criança, fornece-nos informações sobre o modo como ela percebe as formas e o significado das cores que a rodeiam, permitindo-nos penetrar no seu mundo anímico.

A cor constitui-se numa importante linguagem Plástica da criança, devido à facilidade com que pode exprimir através dela, tudo o que sente.

2.6. Exploração de Técnicas Diversas de Expressão

A utilização de diferentes materiais e técnicas, permitem o desenvolvimento das capacidades expressivas das crianças, alargam o campo das suas experiências e o domínio de outras linguagens expressivas.

2.6.1. Recorte, Colagem, Dobragem

Nos recortes, a criança inicia as atividades rasgando as folhas de papel, ou desenha para recortar, ou ainda recorta livremente sem desenho prévio e colará para não perder o que fez ou para reunir com uma intenção figurativa.

O recorte mediante a utilização de tesoura é um exercício complexo que requer uma boa coordenação óculo-manual.

2.6.2. Impressão

Utilizando diversos materiais, e até o próprio corpo, e recorrendo à cor, a criança apreende diferentes texturas e cria composições. É uma atividade livre que proporciona momentos de descontração e prazer.

2.6.3. Tecelagem e costura

Estas atividades proporcionam diferentes situações às crianças em que, ao recorrerem a materiais tão diferentes como o papel, o fio, lã ou corda, as crianças realizam movimentos alternados de cima para baixo e de baixo para cima.

2.6.4. Cartazes

A elaboração de cartazes requer a realização de composições com fins comunicativos em que se recorre à linguagem verbal e visual, à palavra e ao desenho ou imagem.

2.6.5. Fotografia, transparências e meios audiovisuais

Se as escolas possuírem o equipamento necessário estes meios, que constituem uma linguagem muito própria, em que a imagem se alia ao som, permitem a realização de experiências sensoriais e registos gráficos e sonoros da realidade vivencial de extrema sedução para o aluno.

2.7. Competências a Promover

Para o desenvolvimento do intelecto são indispensáveis processos mentais que, desde o sensorial até ao mental, organizam de forma visual imagens e fenómenos que provém da perceção sensorial e das vivências e experiências pessoais. A sensibilidade

na percepção, a intuição ou o pensamento criativo são elementos necessários em todas as áreas curriculares.

Um dos objetivos da área de Educação e Expressão Plástica será potenciar estes elementos, isto é, desenvolver todas as capacidades e habilidades e dar-lhes os instrumentos necessários para potenciar as suas criações Plásticas.

Devem, pois ser proporcionadas aos alunos, condições e métodos de aprendizagem que lhes permitam desenvolver competências para se munirem de instrumentos que lhes possibilitem a plena integração pessoal e social.

Assim, na área de Educação e Expressão Plástica deverão ser promovidas e incentivadas atividades e situações, que permitam:

- Desenvolver a capacidade de representação gráfica;
- Despertar a imaginação e a criatividade;
- Desenvolver a motricidade fina e a destreza manual;
- Promover o contacto com outros contextos de aprendizagem: Natureza, Meio, Recursos, Instituições, Artistas, Artesãos...;
- Explorar sensorialmente os materiais;
- Desenvolver o gosto pela resolução de problemas;
- Desenvolver regras de trabalho em grupo;
- Desenvolver o gosto pela apreciação estética.

Estas competências específicas das expressões contribuem favoravelmente para a formação integral dos alunos, porque pressupõem o domínio do conhecimento, das suas capacidades e atitudes.

O aluno terá de ser ajudado a utilizar corretamente métodos de trabalho e de estudo, a tratar a informação, a comunicar, a usar estratégias cognitivas e a estabelecer relacionamentos interpessoais e de grupo. Só possuindo estas competências o aluno poderá obter sucesso a todos os níveis, quer pessoal, escolar e social.

As situações de aprendizagem que possibilitam a aquisição de tais competências vão desde a pesquisa e a organização da informação, a sua aplicação na resolução de problemas; a comunicação verbal e não-verbal, até à aceitação de regras éticas, morais, de responsabilização nos vários contextos de aprendizagem. A criança gradualmente vai-se tornando menos egocêntrica, sensibiliza-se com os outros, fica mais responsável e autónoma, ao mesmo tempo que manifesta autenticidade espontaneidade na relação com os outros. Diz que,

“A arte é uma actividade dinâmica e unificadora com um rol potencialmente vital na educação das crianças”, ou seja, “O desenho, a pintura ou a construção, constituem um processo completo em que a criança reúne diversos elementos da sua experiência, para tornar um todo com um novo significado” (Lowenfeld, 1980, p. 15)

CAPÍTULO III - A EXPRESSÃO PLÁSTICA E OS ALUNOS COM HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

Para Maria Teixeira (1989), “ter uma Filosofia de Educação e agir de acordo com o que se crê e o importante é crer em alguma coisa, para que o que se faça tenha sentido.”

Através da Expressão Plástica, as crianças e jovens com Hiperatividade com Défice de Atenção encontram um importante meio de exprimir as suas ideias e os seus sentimentos mais profundos, ajudando-os no seu processo de auto-afirmação e autoestima.

São elas que nos dizem:

- Gosto muito de desenhar coisas da minha cabeça;
- Para desenhar é preciso um género de paciência;
- Pintar, é um trabalho agradável;
- Quando estou contente, pinto coisas giras. Quando estou triste, pinto coisas mais ou menos...

A Expressão Plástica pode, deve e às vezes tem, um lugar muito importante na Educação Especial. Esta atividade dá à criança um meio alternativo de comunicação e ainda que ela não tenha problemas de linguagem, as suas ideias e os seus sentimentos mais profundo são assim mais fáceis de mostrar visualmente do que através de palavras.

Normalmente estas crianças têm pouca confiança em si mesmas, são inseguras e estão muito marcadas por experiências negativas. Sentem-se receosas e vão perdendo a curiosidade natural, que é comum a todas as crianças. Mostram-se apáticas e têm medo de fazer, porque têm medo de errar. Permitir que estas crianças explorem livremente técnicas e materiais é ajudá-las no seu processo de auto-afirmação.

Os trabalhos de grupo ajudam à sua sociabilização, tomando contacto com os trabalhos dos colegas, partilhando os materiais e ajudando-os. A criança tem assim a atenção do grupo para si e vai, por sua vez, dar a sua atenção ao grupo.

Numa situação que estimule a sua expressão pessoal, ela vai sendo cada vez mais espontânea e criativa. É preciso que elas sintam que são capazes de ter êxito nas suas atividades.

A simples observação leva-nos a reconhecer que o grafismo é uma forma de expressão natural. Não é necessário dizer a uma criança que desenhe, como não é necessário dizer-lhe que brinque. Desenhar é uma atividade espontânea, como o jogo, e diverte-se com ele, como quando brinca com os seus brinquedos. Com os brinquedos vive aventuras, inventa histórias reais, irreais, fantásticas e até impossíveis!

Ela precisa do jogo para se desenvolver e crescer, e um elemento importante para o seu equilíbrio emocional, para conhecimento de si própria, dos outros e do Mundo que

o rodeia. Por meio do desenho cria as personagens e o ambiente, põe no que desenha os seus sentimentos, desejos e emoções positivas e negativas. Alivia tensões, descarrega a sua agressividade, o seu amor e o seu ódio, de uma forma saudável, sem sentimentos de culpa.

Quantas vezes não as ouvimos falar com os seus desenhos!

O jogo desaparece quando acaba a brincadeira, mas o desenho deixa uma marca que permanece e, através dele, ela constata o seu poder criador. Desenha para ela e ou para os outros, põe a descoberto uma parte de si própria e estabelece um diálogo com aqueles a quem mostra ou dá os seus trabalhos. Precisa o Professor compreender a mensagem e responder-lhe.

Para que tal aconteça, necessita de utilizar os materiais, dominar as técnicas, de vivenciar, de experimentar todo o poder expressivo da Expressão Plástica, para que a comunicação seja mais fácil e a aceitação maior.

O desenvolvimento das crianças vai variando com o decorrer do tempo, segundo a sua inteligência, experiências, influências do ambiente e oportunidades para desenhar. Nas crianças com Necessidades Educativas Especiais a sua evolução é influenciada pela importância da sua dificuldade mental, do seu defeito físico e da sua estabilidade emocional. Com a mesma idade podem diferir muito entre si.

Segundo Teixeira (1989, p. 89),

“Se um jovem não tiver tido oportunidade de se expressar plasticamente, temos que o deixar garatujar, pintar com os dedos e mãos, trabalhar com barro, como se tivesse muito menos idade. Irão evoluindo segundo o seu próprio ritmo... Trabalhar com o barro permite grande libertação de tensões e agressividade. Apertar o barro nas mãos, amassá-lo, cortá-lo, são atividades indicadas para crianças com desequilíbrios emocionais.”

Uma boa maneira de estimular a Expressão Plástica é permitir que se desenvolva de forma natural a partir de outras atividades, do mesmo modo que estas se podem desenvolver a partir dela: o estudo da Natureza, passear e desenhar num parque, recolher materiais (terra, folhas, troncos), utilizá-los depois na sala. Desenhar a partir de uma história, fazer fantoches e comunicar através deles, pintar cenários e fazer fatos para a Festa de Natal, executar máscaras de Carnaval, fazer as prendas para o Dia da Mãe e tudo o que a nossa criatividade nos sugerir, são atividades que muito contribuirão para a construção da identidade da criança, aumentando a sua autoconfiança e

sentimento de realização. Desenvolvem também as suas capacidades motoras e de autocontrolo, mas são acima de tudo atividades alegres, criativas e muito gratificante

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1- Identificação do Problema Objetivo da Investigação

A atual filosofia da educação inclusiva exige práticas inovadoras na organização das escolas e no trabalho docente. Dada a conjuntura atual em que vivemos, verificamos que a introdução da área artística nas nossas escolas tem gerado acesas discussões, pautadas por uma incerteza sobre a sua real definição e os seus benefícios nas crianças com PHDA.

Desta forma, este estudo surge na procura da resposta para esta falta de clareza que tem vindo a pairar sobre todos os participantes do ato educativo. Constata-se um crescente reconhecimento teórico da importância das artes no seio da educação, contudo, na prática, é preciso muito mais para alcançar tal patamar.

De acordo com esta perspetiva, foi nosso objetivo primordial para o presente estudo de investigação, analisar o papel das artes plásticas como um meio facilitador para a motivação das aprendizagens dos alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção.

Mais do que aceitar a presença dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE), é necessário facultar-lhes uma pluralidade de respostas em prol do seu desenvolvimento integral. Sendo evidentes os benefícios das artes plásticas no âmbito da educação especial, cabe ao professor da área adotar uma atitude reflexiva e ser, sobretudo, um mediador de oportunidades, objetivando efetivamente uma escola para todos.

Queremos também com este estudo contribuir para uma melhor inclusão das crianças com PHDA nas escolas que frequentam, recorrendo às artes plásticas como uma ferramenta imprescindível de motivação e integração.

A organização da escola deve fazer um esforço acrescido no sentido de criar todas as condições na sua estrutura para facilitar a implementação de novas políticas, culturas e práticas inclusivas (Ainscow, 2002).

Pretende-se, no desenvolvimento de uma escola inclusiva, tornar menos preponderante a diferença de posições que existe valorizando os processos de escuta, cedendo espaços a práticas e conhecimentos já existentes, percebendo a diferença como oportunidade para aprender, promovendo a reflexão dos agentes sobre as barreiras à participação de todos, dinamizando os recursos para apoiar a aprendizagem, fomentando o desenvolvimento de uma linguagem ligada à prática, promovendo a partilha do poder e criando condições no seio da escola para que esta seja capaz de se autonomizar enquanto instituição de forma a poder aceitar riscos (Ainscow et al.; 2000).

Uma escola a caminho da inclusão é uma escola que opta por outros tipos de valores. Parecem importantes três deles: uma escola que rejeita exclusão, promova a abolição das barreiras à aprendizagem e que dê prioridade às aprendizagens em grupos assumidamente heterogêneos, (Rodrigues 2007).

A temática do presente trabalho incide sobre o tema «os alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção e as Artes Plásticas». Deste modo, o problema em estudo é: Será que as artes plásticas é um meio facilitador para a motivação das aprendizagens dos alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção. Assim sendo, o problema em estudo permite-nos articular as seguintes questões:

- Saber se as Artes Plásticas são uma estratégia favorável na prática educativa? **(II Parte-Ponto 2, Q4)**

- Saber se os professores do 2º ciclo apresentam um maior conhecimento sobre o que é PHDA, comparativamente com os do 3º ciclo e Secundário? **(II Parte-Ponto 1, Q1.1., Q1.2 e Q1.3)**

- Saber se os alunos ficam mais motivados com o ensino das Artes Plásticas? **(II Parte, Q22)**

- Saber se as Artes Plásticas contribuem para a inclusão dos alunos com PHD? **(II Parte- Ponto 2, Q4, Q5 e Q6)**

- Saber se a Artes Plásticas desenvolvem sociabilização e participação dos alunos PHDA? **(II Parte- Ponto 2, Q12)**

- Saber se os professores do 2º ciclo estão mais aptos para trabalhar com os alunos com PHDA, comparativamente com os do 3º ciclo e Secundário? **(II Parte-Ponto 2, Q2.2 e a Q3)**

4.2 – Hipóteses de Estudo e Variáveis de Estudo

Como forma de encontrar respostas para este estudo, formularemos algumas hipóteses, apresentadas seguidamente, a partir das quais orientaremos a nossa pesquisa. Pretende-se assim, analisar a associação entre a variável nível de ensino e algumas dimensões que categorizam o questionário aplicado neste estudo.

Hipótese 1 (H1) – Os Professores do 2º e 3º Ciclos apresentam um maior conhecimento sobre o que é PHDA, comparativamente com os professores do Secundário.

Variável Dependente: conhecimento do PHDA

Variável Independente: tipo de professores (2º, 3º Ciclo e Secundário)

Hipótese 2 (H2) – Os alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção ficam mais motivados com as Artes Plásticas.

Variável Dependente: a motivação

Variável Independente: Artes Plásticas

Hipótese 3 (H3) – As Artes Plásticas contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA

Variável Dependente: a inclusão

Variável Independente: Artes Plásticas

Hipótese 4 (H4) – As Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação dos alunos

Variável Dependente: a sociabilização e participação dos alunos

Variável Independente: Artes Plásticas

Hipótese 5 (H5) – Os professores do 2º e 3º Ciclos estão mais aptos para trabalhar com os alunos com PHDA, comparativamente com os professores do Secundário.

Variável Dependente: aptidão para trabalhar com alunos com PHDA

Variável Independente: tipo de professores (2º , 3º Ciclo e Secundário)

Hipótese 6 (H6) – As artes plásticas são estratégia favorável na prática educativa.

Variável Dependente: prática educativa

Variável Independente: Artes Plásticas

4.3 – Identificação do Método e Instrumentos

A metodologia de um trabalho científico exige um conjunto de procedimentos e estratégias, que se podem englobar em três momentos essenciais: a Planificação Global, a fundamentação Teórica e a Pesquisa Empírica. Cada um destes momentos, por sua vez, tem como caracterizadores atos e estratégias que os especificam.

Procuramos, que a metodologia e os instrumentos utilizados estejam em consonância com os objetivos a que nos propusemos.

O estudo inicia-se por uma Planificação Global que Borg & Gall (1996), consideram como o passo mais importante de qualquer projeto de investigação. Nesta, o primeiro passo consiste no levantamento do problema, a definição dos objetivos e a enunciação das hipóteses.

A Fundamentação Teórica é, como referimos, o segundo momento da investigação e apresenta como objetivo último conferir o rigor científico ao trabalho, através da consulta da opinião de autores de reconhecida idoneidade no domínio do estudo.

A Pesquisa Empírica, última parte do processo, tem como objetivo essencial consolidar no terreno percepções de elementos de uma amostra previamente determinada, procurando no seu entendimento respostas para o problema e para as hipóteses formuladas, ou seja, a opção metodológica do estudo.

Desenvolver uma investigação desta natureza pressupõe um trabalho minucioso e implica a escolha acertada do método a utilizar. Esta opção está segundo Marconi e Lakatos (2002, p. 31), “diretamente relacionada com o problema a ser estudado; a escolha dependerá dos vários fatores relacionados com a pesquisa, ou seja da natureza dos fenómenos, o objeto da pesquisa, os recursos financeiros, a equipe humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação”.

Por sua vez, Yin (2005) corrobora esta opinião e enfatiza que deve ser dada importância à natureza das principais questões do estudo, à possibilidade de controlo de variáveis e ao facto de se tratar ou não de um fenómeno que se desenvolve no momento do estudo.

Neste sentido, optámos por uma metodologia de cariz quantitativo, envolvendo a recolha e análise de elementos informativos através de um inquérito por questionário que apresenta um conjunto de perguntas de carácter fechado.

Ghiglione & Matalon (1993) referem que os inquéritos são um conjunto de atos e diligências destinados a apurar alguma coisa, enquanto que Ketele & Roegiers (1993)

afirmam que estes pressupõem o estudo de um tema preciso junto de uma população, cuja amostra se determina a fim de precisar determinados parâmetros.

Trata-se, assim, de um estudo junto de professores através da aplicação de um inquérito a uma amostra delimitada com o intuito de perceber qual a percepção dos professores relativamente à intervenção em alunos com PHDA. Nesse sentido, optamos pela amostragem por conveniência, técnica de amostragem não probabilística, dado que julgamos ser a adequada perante um estudo exploratório como o que pretendemos realizar.

Assim sendo, O questionário é constituído por uma primeira parte relativo aos dados pessoais e profissionais: género, idade, habilitação académica, situação profissional, tempo de serviço e nível de formação na área das NEE e das artes plásticas. A segunda parte diz respeito à opinião dos profissionais da educação: classificação do conhecimento dos professores acerca da PHDA e a importância das artes plásticas como estratégia inclusiva e motivadora para os alunos com esta perturbação.

Note-se que os questionários têm como objetivo garantir “a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos” e “é absolutamente indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações” Ghiglione & Matalon, 1993, (p. 121).

Para o nosso conjunto de questões, optámos por uma escala tipo Likert como forma de quantificar as respostas dos sujeitos referentes à amostra selecionada. A escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

Em relação ao enquadramento empírico, para este estudo iremos utilizar o método de investigação quantitativa, tendo como recurso um inquérito por questionário. Os itens da escala de Likert aplicada no questionário recorrem a cinco pontos com todas as categorias etiquetadas (Discordo totalmente; Discordo; Nem Discordo nem Concordo; Concordo; Concordo totalmente).

Este estudo tem como base uma amostragem não probabilística e de uma amostra de conveniência de 410 professores do 2º, 3º ciclo e secundário a lecionarem nas escolas públicas do concelho de Espinho.

De forma a potenciar os dados recolhidos, o estudo será realizado com o apoio do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

4.4 – Identificação da População e Amostra

O universo ou população consiste no conjunto total de sujeitos abrangidos por características comuns entre eles, que por sua vez os diferenciam de outros conjuntos de elementos (Ferreira, 2003).

Numa investigação, o ideal seria chegar a todos os indivíduos a que nos propomos estudar, contudo, muitas vezes esse processo torna-se inexecutável, dada a grandeza ou dimensão que assumem (Ghigionne & Matalon, 1992). Diante de tal facto, recorrer-se-á ao processo de amostragem, ou seja, à seleção de um “(...) conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno” (Almeida & Freire, 2007: 103), com a finalidade de permitir inferir acerca do seu conjunto. A sua definição deve por isso, ser feita em estreita relação com os objetivos teóricos.

Todavia, como investigadores, sabemos que uma das questões que se coloca sempre é qual a dimensão que deverá ter a amostra. Não existe porém, uma resposta única e definitiva para este problema,

(...) apenas podemos seguir algumas linhas de orientação. Em primeiro lugar, o investigador trabalha quase sempre com limitações de tempo e de meios disponíveis o que implica que a decisão sobre o tamanho da amostra tenha que ter em conta esses fatores. (...) Em segundo lugar, quanto maior for a amostra maior será a precisão Bryman & Cramer (1992, p. 131).

Poder-se-á então dizer que, inquirindo um número restrito de pessoas, na condição de que estas tenham sido corretamente escolhidas, poderemos obter as mesmas informações com uma certa margem de erro, ainda que menos significativo.

Para este estudo julgamos pertinente recorrer à amostragem não probabilística, de conveniência e em efeito de bola de neve. Segundo Hill & Hill (2005, p. 32), no método não probabilístico,

(...) os casos escolhidos são os casos que são facilmente disponíveis (muitas vezes, os amigos dos amigos!). O método tem vantagens por ser rápido, barato e fácil. As desvantagens são que os resultados e conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados para o Universo. Isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo (muitas vezes não é óbvio o que é o Universo!).

De acordo com Carmo e Ferreira (2008, p. 216), a amostragem em efeito bola de neve

“(...) implica que a partir de elementos da população já conhecidos se identifiquem outros elementos da mesma população. Os primeiros indicam os seguintes e assim sucessivamente. A amostra cresce como uma bola de neve. Frequentemente, esta forma de selecionar a amostra é utilizada quando se torna impossível obter uma lista completa dos elementos da população que se quer estudar”.

De forma a compor este plano em concreto, foi delimitada a população alvo, formada pelo universo de docentes do ensino regular e da educação especial, que exercem funções profissionais nas escolas portuguesas. Houve o cuidado de procurar uma amostra significativa, conforme aconselha Ferreira (2003: 186): “Doutro modo, corre-se o risco de ter que prescindir de cruzamentos, face à não representatividade do escasso número de casos apurados”. Os questionários recolhidos foram submetidos ao tratamento estatístico adequado, a fim de confirmar ou não, as hipóteses inicialmente estabelecidas.

De forma a compor este plano em concreto, foi delimitada a população alvo, que irei averiguar para o meu estudo no qual é constituído por 410² professores do 2º, 3º Ciclo e Secundário que lecionam na escola pública do concelho de Espinho.

Para obtermos uma amostra representativa, esta vai ser constituída por uma amostra de 199 professores, no qual foi calculada para um nível de confiança de 95% e para um erro máximo de 5%.

O estudo realizou-se a partir de uma amostragem não probabilística, onde selecionamos a amostra de conveniência tendo como base a população-alvo constituída por profissionais da educação: professores do ensino regular (90 professores do 2º e 320 professores do 3º ciclo e Secundário), a desempenhar funções de docência no concelho de Espinho.

² Fonte: A Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, do Ministério da Educação e Ciência (DGEEC/MEC) - criada pelo Decreto Regulamentar n.º 13/2012 de 20 de janeiro - é o órgão delegado do Instituto Nacional de Estatística (INE) para a produção de estatísticas oficiais da educação.

4.5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS / TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Este passo constituiu uma etapa extremamente importante no projeto, porque é a partir daqui que começamos a clarificar a ambiguidade do problema em estudo, comprovando ou refutando as hipóteses a ele inerentes.

Concluído o processo de preenchimento e recolha dos questionários, proceder-se-á à análise estatística dos dados que, segundo Quivy & Campenhoudt (2003), possui como principais vantagens a precisão e rigor, a capacidade dos meios informáticos, assim como a clareza dos resultados e dos relatórios.

De acordo com a natureza das questões a serem analisadas, o tratamento de dados irá ser auxiliado pelo programa estatístico “SPSS”. Segundo Pereira (2003, p. 5), *trata-se de*

“(...) uma poderosa ferramenta informática, que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar, em poucos segundos, os resultados”.
Todavia, apesar de estes procedimentos terem permitido uma conduta mais rápida, não tornou nula a forte vigilância metodológica necessária, que evitasse erros que afetassem a validade dos resultados”.

Os dados ordinais obtidos da aplicação do questionário de caracterização da amostra e da escala de Likert, serão tratados recorrendo à análise dos dados cujo tratamento passará pelo uso das estatísticas descritivas (percentagem) e de testes não paramétricos (teste de qui-quadrado de independência e de aderência).

4.5.1 ANÁLISE DESCRITIVA - Organização e apresentação de dados:

Distribuição de frequências

Define-se frequência absoluta de um valor da variável como sendo o número de vezes que esse valor ocorre na amostra ou na população.

Define-se frequência relativa de um valor da variável como o quociente entre a frequência absoluta desse valor e o número total de ocorrências de todos os valores da variável na amostra ou na população.

Utilizaram-se gráficos de barras das frequências relativas em percentagem das variáveis dos dados pessoais e profissionais e tabelas de frequências absolutas e relativas (%) para as restantes variáveis do questionário.

4.5.2 ANÁLISE INFERENCIAL:

Na 2ª parte referente à análise inferencial (esta permite tirar conclusões acerca da população usando informação de uma amostra) efetuei tabelas de cruzamento de variáveis e vários tipos de testes não paramétricos. Os testes não paramétricos são usados quando a dimensão da amostra é pequena ou a distribuição dos valores da população não é normal ou as variáveis utilizadas são qualitativas ordinais ou nominais.

O teste do Qui-quadrado de independência analisa a relação de independência entre duas variáveis qualitativas. Este teste só deve ser usado quando não existe nenhuma célula com frequência esperada inferior a 1 ou não mais de 20% com frequência esperada inferior a 20%. As hipóteses estatísticas associadas são:

Ho: As duas variáveis são independentes;

H1: As duas variáveis não são independentes.

No caso de se rejeitar a hipótese nula Ho, existe relação de dependência entre as variáveis qualitativas. Neste caso usam-se as medidas de associação baseadas nas estatísticas do qui-quadrado como o coeficiente Phi (adequado a tabelas 2x2) e o coeficiente V de Cramer (adequado quando se tem mais do que duas categorias em linhas ou colunas). Estas medidas variam entre 0 e 1. Os valores baixos indicam uma pequena associação e os valores elevados indicam uma grande associação.

Teste de aderência ou de ajustamento do qui-quadrado.

É uma extensão do teste binomial, aplica-se a uma amostra em que a variável qualitativa tem mais do que duas categorias. As hipóteses estatísticas associadas a este teste são:

Ho: A proporção da característica em estudo é igual nas k categorias da variável qualitativa, isto é, a distribuição das k categorias é uniforme;

H1: Existe pelo menos uma dessas categorias em que a proporção é diferente, isto é, a distribuição não é uniforme.

Este teste só deve ser usado quando não existe nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Nestas condições e havendo rejeição de H_0 (valor de prova bilateral $p < 0.05$), existem diferenças significativas na proporção de pelo menos uma dessas k categorias. Os valores residuais (diferença entre as frequências observadas e os valores esperados) com maiores valores positivos indicam as categorias que existem em maior proporção quando comparadas com as outras.

4.6 - Cronograma

A dissertação de mestrado será realizada segundo o seguinte cronograma:

Tarefas	2014			2015						
	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	julh.
Recolha de dados e Bibliografia										
Estruturação e Redação do Projeto										
Entrega do projeto p/ aprovação										
Estruturação do Fundamento Teórico										
Definição de Metodologias										
Elaboração das Ferramentas de Recolha de Dados										
Aplicação de questionário										
Tratamento e Interpretação de Dados										
Redação da Dissertação										
Apresentação e Discussão										

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise Descritiva

Tendo como objetivo realçar a informação mais significativa e diretamente relacionada com os objetivos do presente estudo, passamos de seguida à apresentação da caracterização da amostra em estudo, através dos resultados referentes à estatística descritiva.

5.1.1 Representação gráfica da caracterização da amostra

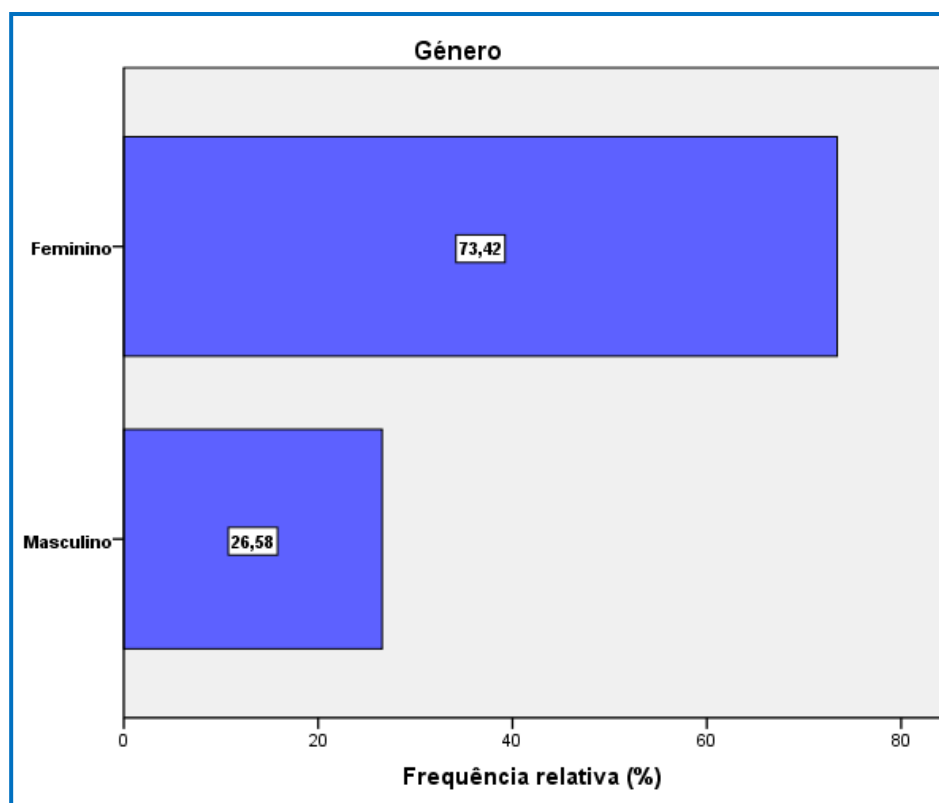


Gráfico 1- Frequências relativas (%) da variável "Gênero"

Relativamente ao género, dos 316 docentes, 73,4% (232) são do sexo feminino e 26,6% (84) são do sexo masculino.

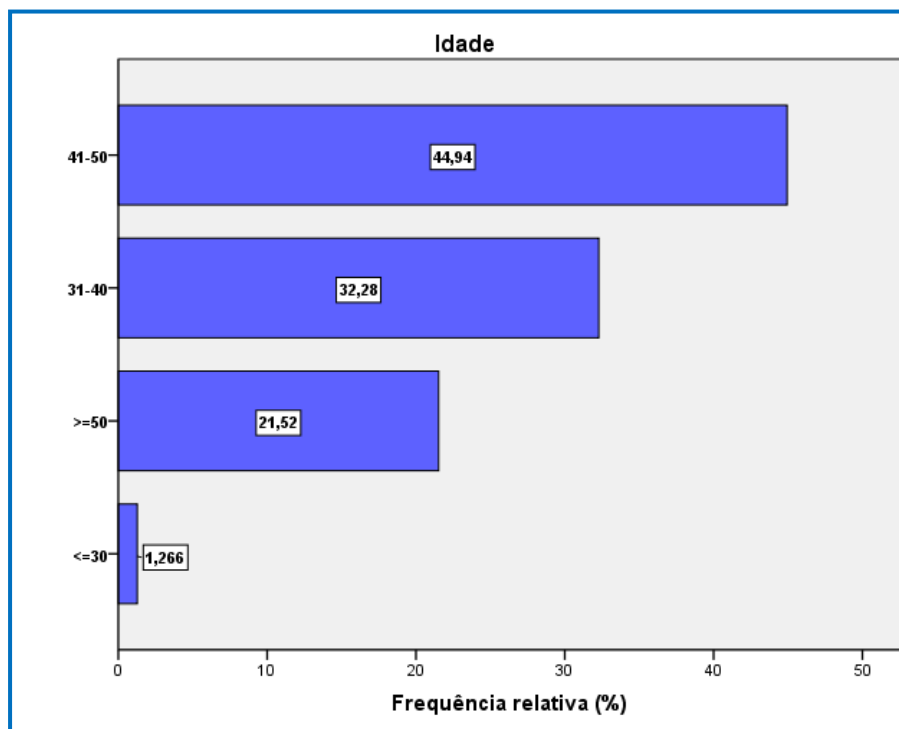


Gráfico 2- Frequências relativas (%) da variável "Idade"

Quanto à faixa etária, 44,9% (142) têm entre 41 a 50 anos, 32,3% (102) têm entre 31 a 40 anos, 21,5% (68) têm pelo menos 50 anos e apenas 1,3% (4) têm no máximo 30 anos.

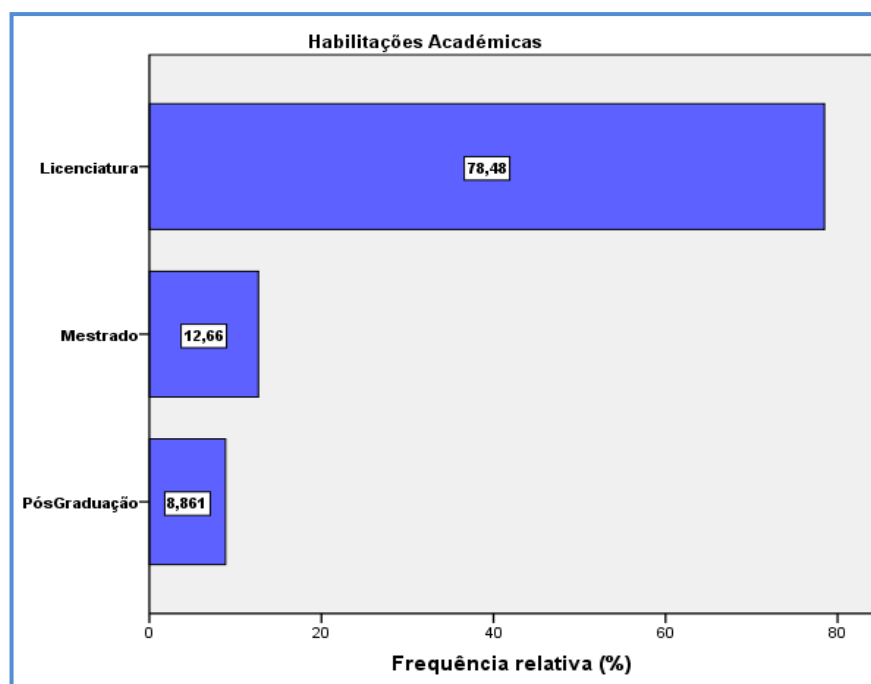


Gráfico 3 - Frequências relativas (%) da variável "Habilitações Acadêmicas"

A habilitação acadêmica com maior frequência é a licenciatura (78,5%, correspondente a 248 docentes), seguindo-se o grau de mestrado (12,7%, correspondente a 40 docentes) e 8,9% (28) responderam ter pós-graduação.

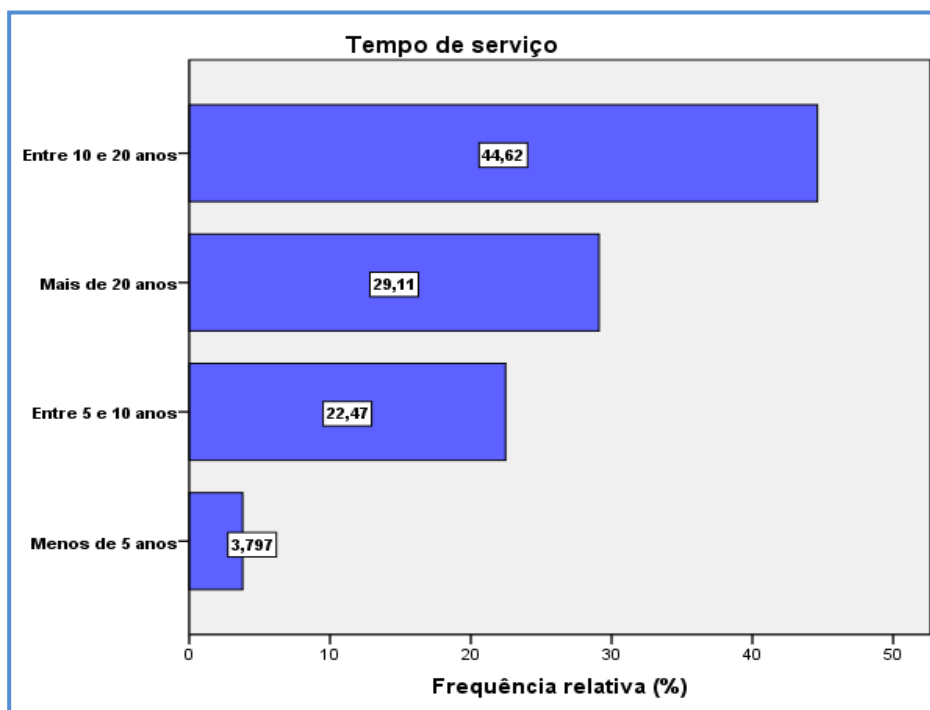


Gráfico 4 - Frequências relativas (%) da variável "Tempo de Serviço"

A maioria dos inquiridos (44,6%, 141) respondeu ter entre 10 a 20 anos de tempo de serviço, 29,1% (92) responderam ter mais de 20 anos de serviço, 22,5% (71) têm entre 5 a 10 anos de serviço e os restantes 3,8% (12) têm menos de 5 anos de serviço.

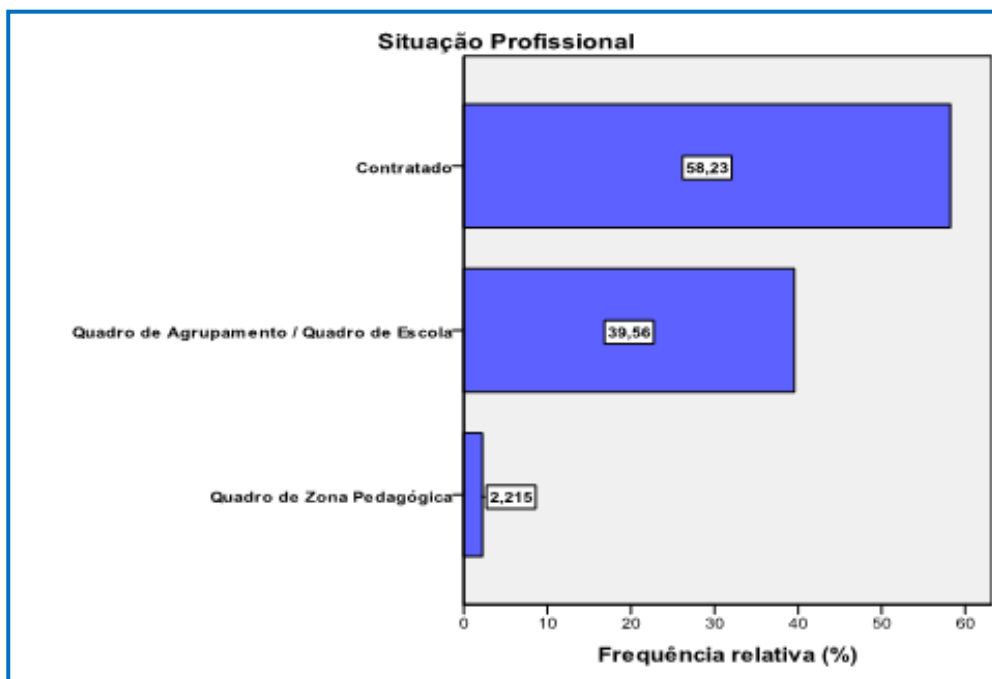


Gráfico 5- Frequências relativas (%) da variável "Situação Profissional"

A situação profissional de 58,2% (184) é de professor contratado, 39,6% (125) pertencem ao Quadro de agrupamento/ Quadro de escola e apenas 2,2% (7) pertencem ao Quadro de zona pedagógica.

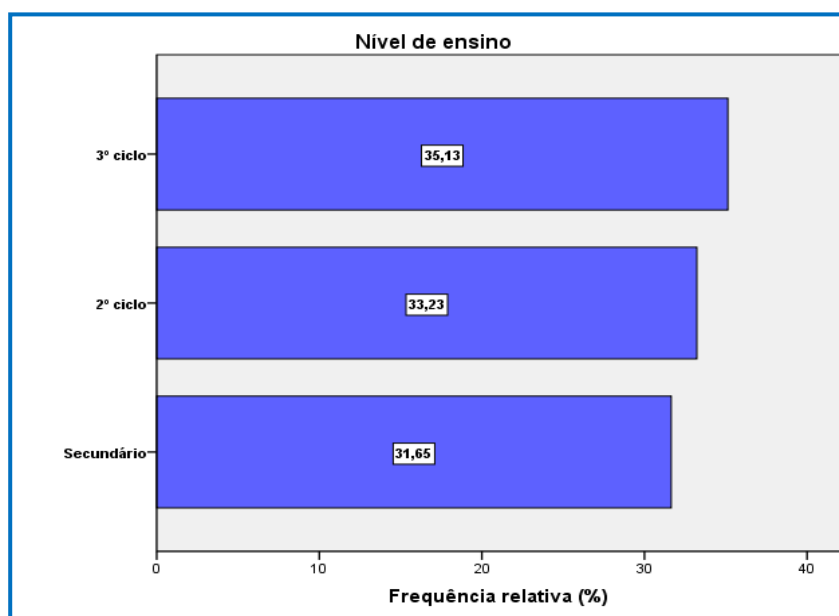


Gráfico 6- Frequências relativas (%) da variável "Nível de Ensino"

Como se pode verificar no gráfico 6, o nível de ensino lecionado por estes docentes está distribuído de forma homogênea, uma vez que 35,1% (111) são professores do 3º ciclo, 33,2% (105) são professores do 2º ciclo e 31,6% (100) lecionam no ensino secundário.

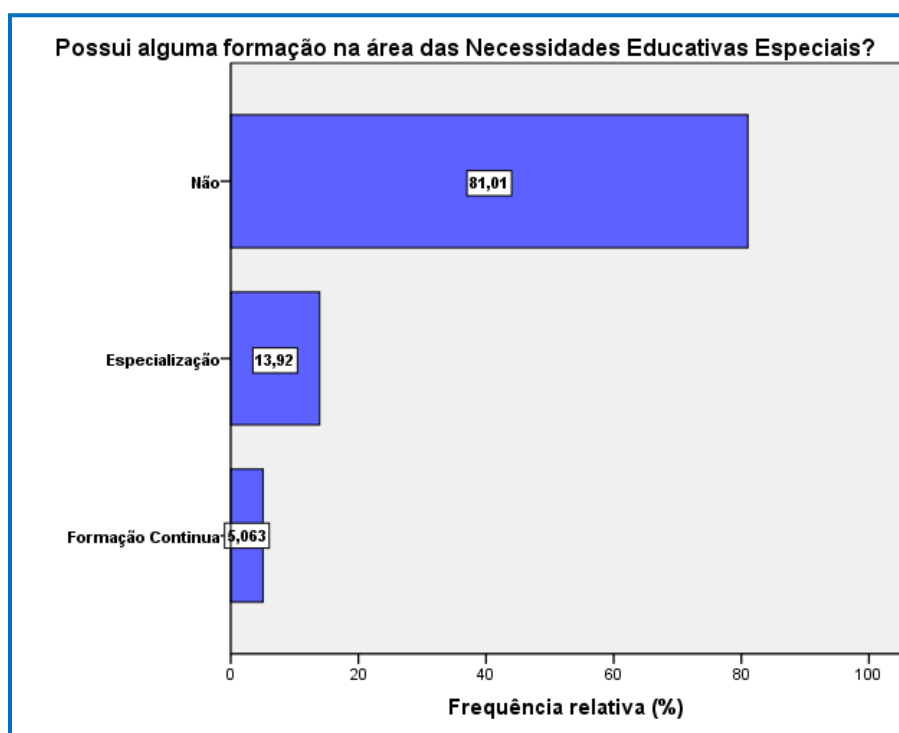


Gráfico 7- Frequências relativas (%) da variável “Possui alguma formação na área das NEE?”

À questão “Possui alguma formação na área das Necessidades Educativas Especiais?”, 81% (256) responderam não ter formação em NEE, 13,9% (44) responderam ter especialização em NEE e 5,1% (16) têm formação contínua.

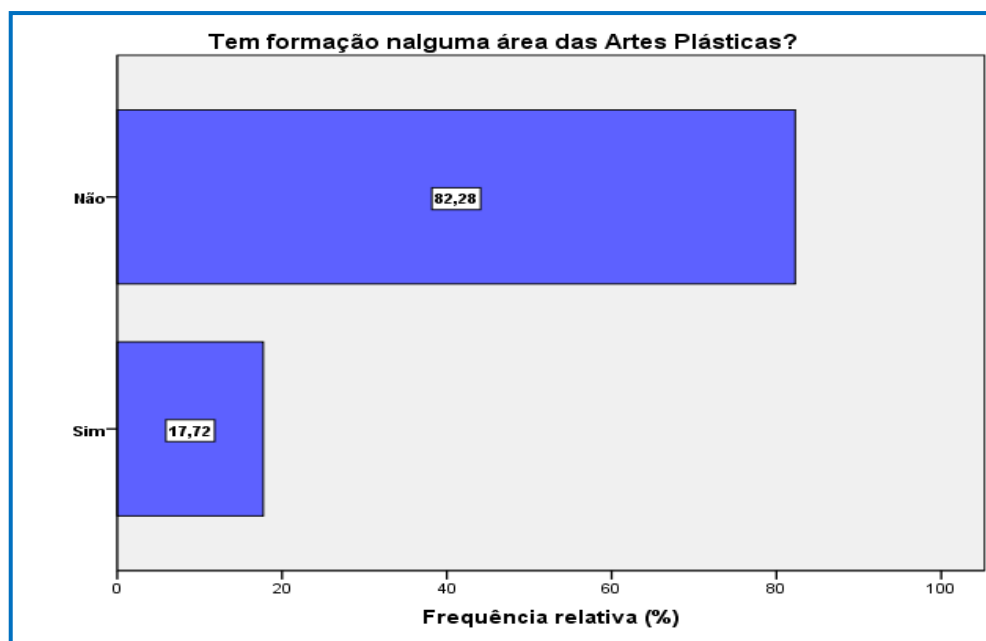


Gráfico 8- Frequências relativas (%) da variável "Tem formação nalguma área das Artes Plásticas?"

A maioria dos docentes, 82,3% (260), respondeu não ter qualquer formação nas Artes plásticas enquanto 17,7% (56) responderam "Sim" a essa questão.

5.1.2 OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Tabela 1- Frequências absolutas (N) e relativas (%) das variáveis associadas às questões Q1.1, Q1.2 e Q1.3

1-Como classifica o seu conhecimento face à hiperatividade?						
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
1.1 Já ouviu falar de PHDA?	280	88,6%	36	11,4%	316	100%
1.2. Já trabalhou com alunos com PHDA?	197	62,3%	119	37,7%	316	100%
1.3. Já realizou formação sobre o tema: "PHDA"?	44	13,9%	272	86,1%	316	100%

Quanto ao conhecimento face à hiperatividade, 88,6% (280) já ouviram falar de PHDA, 62,3% (197) já trabalharam com alunos com PHDA mas 86,1% (272) responderam não ter realizado formação sobre PHDA.

Tabela 2 -Frequências absolutas (N) e relativas (%) das variáveis associadas às questões Q2.1 e Q2.2

2- Em que medida se considera apto(a) a:										
	Muito apto		Apto		Pouco apto		Nada apto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1 Colaborar na elaboração do P.E.I e do P.I.T	24	7,6 %	96	30,4%	156	49,4%	40	12,7%	316	100%
2.2 Identificar alunos com "PHDA"	16	5,1 %	130	41,1%	146	46,2%	24	7,6%	316	100%

Na sua maioria, os docentes sentem-se pouco aptos (49,6%, 156) a colaborar na elaboração do Programa Educativo Individual e no Plano Individual de Transição, bem como, a identificar alunos com PHDA (46,2%, 146). Note-se que apenas 7,6% (24) e 5,1% ((16) dos docentes responderam estar muito aptos para as questões 2.1 e 2.2 respetivamente.

Tabela 3 -Frequências absolutas (N) e relativas (%) das variáveis associadas à questão Q3

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
3- Sente dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com "PHDA"?	179	56,6%	137	43,4%	316	100%

À questão " Sente dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com PHDA?", 56,6% (179) responderam "Sim" e 43,4% (137) responderam "Não".

Tabela 4 - Sumário das frequências: absolutas (N) e relativas (%) do grau de concordância sobre as questões de Artes plásticas

	Discordo Totalmente		Discordo		Nem Discordo nem Concordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q4	0	,0%	0	,0%	12	3,8%	176	55,7%	128	40,5%	316	100%
Q5	2	,6%	4	1,3%	32	10,1%	160	50,6%	118	37,3%	316	100%
Q6	0	,0%	0	,0%	8	2,5%	168	53,2%	140	44,3%	316	100%
Q7	147	46,5%	126	39,9%	20	6,3%	12	3,8%	11	3,5%	316	100%
Q8	0	,0%	0	,0%	24	7,6%	207	65,5%	85	26,9%	316	100%
Q9	0	,0%	0	,0%	24	7,6%	204	64,6%	88	27,8%	316	100%
Q10	0	,0%	0	,0%	56	17,7%	188	59,5%	72	22,8%	316	100%
Q11	76	24,1%	185	58,5%	47	14,9%	4	1,3%	4	1,3%	316	100%
Q12	4	1,3%	0	,0%	40	12,7%	164	51,9%	108	34,2%	316	100%

De uma forma sumária, pode-se concluir que a maioria dos docentes concorda ou concorda totalmente com as questões:

“Q4 – As Artes Plásticas são uma estratégia favorável na prática educativa?”;

“Q5- As atividades de Expressão Plástica podem ser realizadas por qualquer aluno, com qualquer tipo de NEE, tendo apenas que existir ajudas técnicas e adequação das atividades?”;

“Q6-Conhecer a problemática da PHDA permite ajustar as práticas artísticas aos alunos portadores dessa patologia, favorecendo a prática educativa.”;

“Q8- Se as Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/aluno”;

“Q9 Se as Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/professor”;

“Q10 As Artes Plásticas são uma ferramenta pedagógica imprescindível para o processo de comunicação da criança com “PHDA””;

“Q11 – Os alunos com “PDHA” não apresentam motivação quando o professor recorre às Artes Plásticas”;

“Q12 – As Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação nas atividades dos alunos com “PHDA”?”.

Pelo contrário a maioria discordou totalmente com a questão “Q7 – As Artes Plásticas não favorecem e não contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA?”.

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

5.2.1 Averiguação das hipóteses

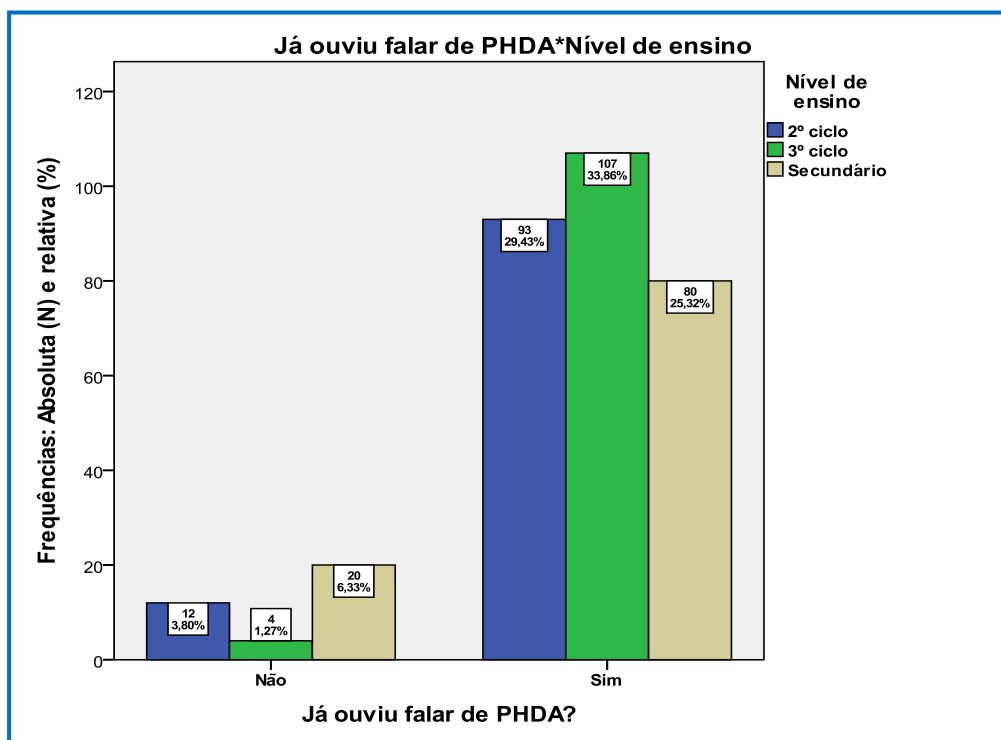
Hipótese H1- Os Professores do 2º e 3º Ciclos apresentam um maior conhecimento sobre o que é PHDA, comparativamente com os professores do Ensino Secundário.

Para averiguação desta hipótese fizeram-se os gráficos de cruzamento entre as variáveis dependentes (Q1.1; Q1.2 e Q1.3) com a variável independente “Nível de Ensino”.

Utilizou-se o teste de qui-quadrado de independência e para os casos de rejeição de independência entre as variáveis em estudo utilizaram-se os coeficientes “Phi” e “Cramer’s V” para analisar o grau de associação dessas variáveis.

Tabela 5 - Sumário Descritivo do cruzamento entre as variáveis das Questões Q1.1, Q1.2, Q1.3 e a variável “Nível de Ensino”

	Respostas válidas		Respostas inválidas	
	N	%	N	%
1.1 Já ouviu falar de PHDA? * 6 - Nível de ensino	316	100%	0	,0%
1.2. Já trabalhou com alunos com PHDA? * 6 - Nível de ensino	316	100 %	0	,0%
1.3. Já realizou formação sobre o tema: “PHDA”? * 6 - Nível de ensino	316	100%	0	,0%



-Gráfico 9 de cruzamento entre as variáveis Q1.1 e “Nível de Ensino”.

Tabela 6 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência” e testes de Associação

	<i>Q</i>	<i>gl</i>	<i>Valor de prova (p)</i>	
Teste do Qui-Quadrado de independência	14,011	2	,001	
			Coeficientes de associação	Valor de prova (p)
Testes de Associação	Phi		,211	,001
	Cramer's V		,211	,001

Do cruzamento “1.1 Já ouviu falar de PHDA? * 6 - Nível de ensino” concluiu-se que dos 280 que responderam já terem ouvido falar de PHDA, 33,86% (107) são professores do 3º ciclo, 29,43% (93) são do 2º ciclo e 25,32% (80) são do Ensino Secundário. Pelo teste do qui-quadrado ($Q=14,011$), rejeita-se a hipótese nula de independência entre as variáveis Q1.1 e o nível de ensino, pois o valor de prova $p=0,001 < 0,05$.

Com uma significância de 5%, pode-se afirmar que a resposta à questão “Já ouviu falar de PHDA?” foi influenciada pelo nível de ensino lecionado. Os coeficientes de associação Phi e Cramer's V iguais a 0,211 com $p=0,001 < 0,05$, permitem reafirmar a associação significativa entre estas duas variáveis, nomeadamente, os professores do 3º

e 2º ciclos, em média, são os que mais ouviram falar em PHDA, quando comparados com os do Ensino Secundário.

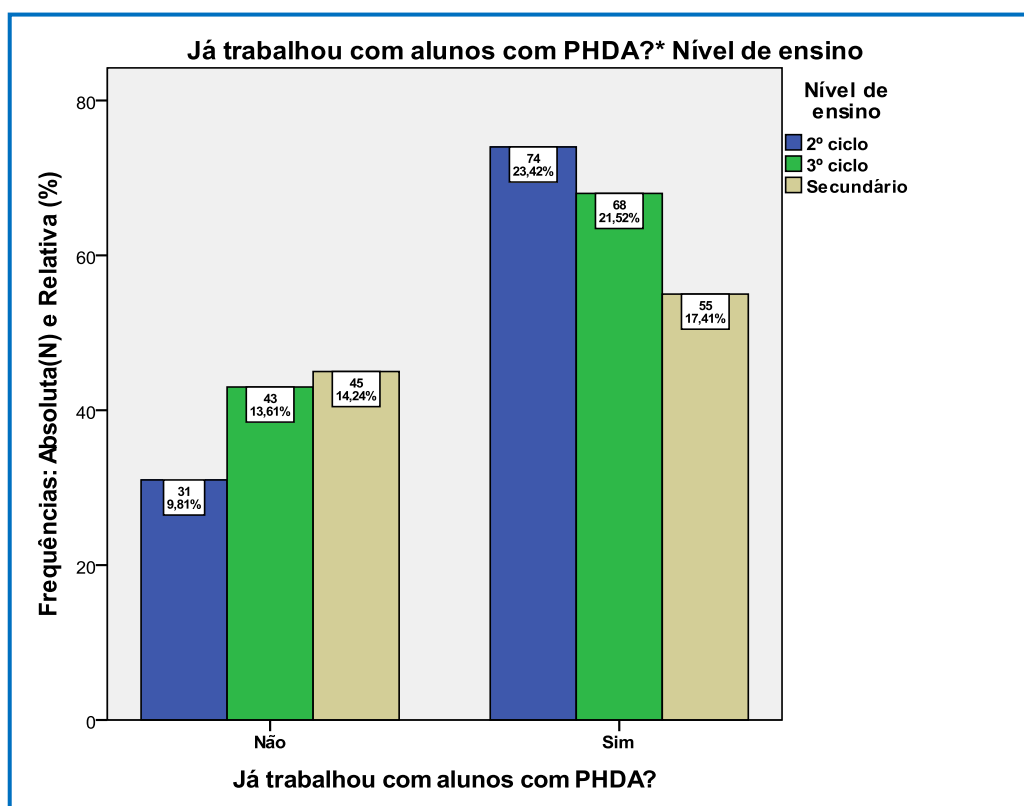


Gráfico 10 de cruzamento entre as variáveis Q1.2 e “Nível de Ensino”.

Tabela 7- Sumário do teste “Qui-quadrado de independência”.

	Q	gl	Valor de prova (p)
Teste do Qui-Quadrado de independência	5,311 ^a	2	,070

Do cruzamento “1.2. Já trabalhou com alunos com PHDA? * 6 - Nível de ensino” concluiu-se que dos 197 que responderam já terem trabalhado com alunos com PHDA, 23,42% (74) são professores do 2º ciclo, 21,52% (68) são do 3º ciclo e 17,41% (55) são do Ensino Secundário. Segundo a amostra existe uma maior percentagem de docentes do 2º ciclo e 3º ciclo que já trabalharam mais com alunos com PHDA em comparação com os docentes do Secundário. No entanto, pelo teste do qui-quadrado de independência ($Q=5,311$), não se rejeita a hipótese nula de *independência entre as variáveis Q1.2 e o nível de ensino*, pois o valor de prova $p=0,07 > 0,05$.

Com uma significância de 5%, pode-se afirmar que a resposta à questão “Já trabalhou com alunos com PHDA?” pode não ter sido influenciada pelo nível de ensino lecionado.

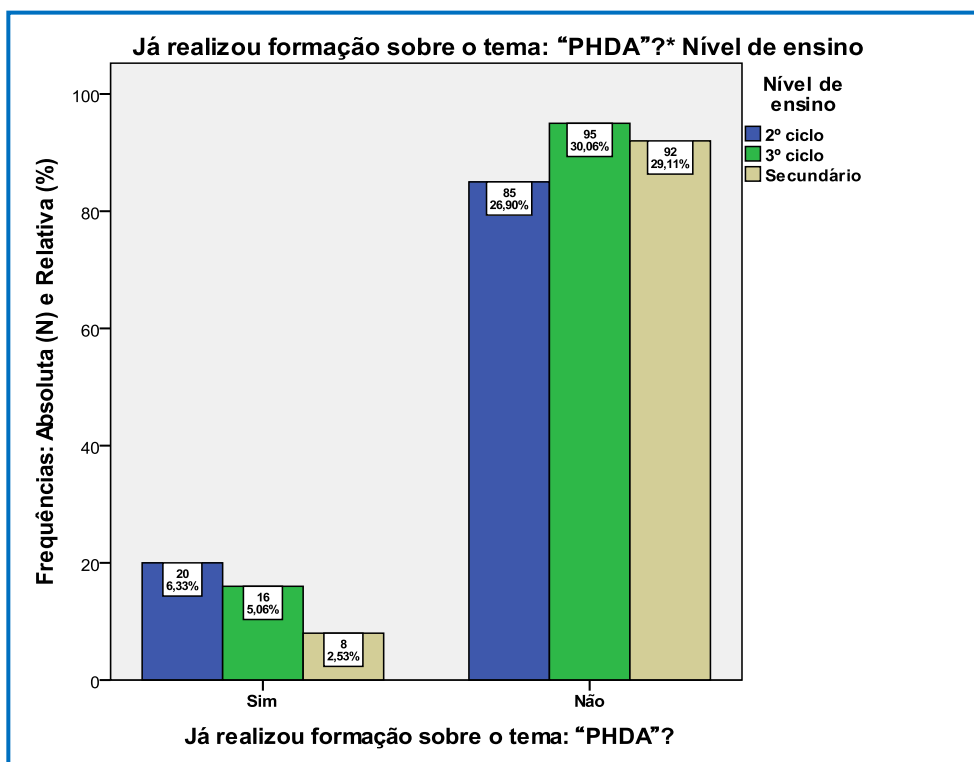


Gráfico 11 de cruzamento entre as variáveis Q1.3 e “Nível de Ensino”.

Tabela 8 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência”.

	Q	gl	Valor de prova (p)
Teste do Qui-Quadrado de independência	5,250	2	,072

Do cruzamento “1.3. Já realizou formação sobre o tema: “PHDA”? * 6 - Nível de ensino” concluiu-se que dos 44 que responderam já terem realizado formação sobre o tema PHDA, 6,33% (20) são professores do 2º ciclo, 5,06% (16) são do 3º ciclo e 2,53% (8) são do Ensino Secundário. Segundo a amostra existe uma maior percentagem de docentes do 2º ciclo e 3º ciclo que já realizaram formação sobre o tema PHDA em comparação com os docentes do Secundário. Dos 272 que não realizaram formação sobre o tema PHDA, 30,06% (95) lecionam no 3º ciclo, 29,11% (92) são do Secundário e 26,9% (85) pertencem ao 2º ciclo. Pelo teste do qui-quadrado de independência

($Q=5,250$), não se rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis Q1.3 e o nível de ensino, pois o valor de prova $p=0,072 > 0,05$.

Com uma significância de 5%, pode-se afirmar que a resposta à questão “Já realizou formação sobre o tema: “PHDA”?” pode não ter sido influenciada pelo nível de ensino lecionado.

Conclusão:

Os professores do 2º e 3º ciclos apresentam maior conhecimento sobre o que é PHDA comparativamente aos professores do Ensino Secundário, nomeadamente no facto de terem já ouvido falar no tema PHDA. No que se refere à experiência de trabalho com alunos que têm PHDA ou formação nesta área as diferenças entre os docentes dos vários níveis de ensino não são tão significativas, mesmo assim, a percentagem é ligeiramente superior nos 2º e 3º ciclos.

Desta forma ficou provada a hipótese H1.

Hipótese H2- Os alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção ficam mais motivados com as Artes Plásticas.

Para averiguação desta hipótese utilizou-se o teste de qui-quadrado de aderência à variável Q11, com o objetivo de provar que as proporções de respostas dadas a esta questão são significativamente diferentes.

Tabela 9 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” à questão Q11.

Os alunos com “PDHA” não apresentam motivação quando o professor recorre às Artes Plásticas				Teste Qui-quadrado Aderência
	N (Observado)	N (esperado)	Valor Residual	
Discordo Totalmente	76	63,2	12,8	Q=352,386 Gl=4 p=0,000
Discordo	185	63,2	121,8	
Nem Discordo nem Concordo	47	63,2	-16,2	
Concordo	4	63,2	-59,2	
Concordo Totalmente	4	63,2	-59,2	
Total	316			

Na análise descritiva feita na 1ª parte, já se tinha verificado que a maioria dos docentes (185) discordou com a afirmação “Os alunos com “PDHA” não apresentam

motivação quando o professor recorre às Artes Plásticas”. O valor residual associado a esta resposta é igual a 121,8, ou seja, a proporção de docentes que discordou é significativamente maior do que a proporção esperada. Pelo teste de Aderência ($Q=352,386$), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporções de respostas dadas a esta questão, uma vez que o valor de prova $p=0,000 < 0,05$.

Com uma significância de 5%, conclui-se que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a discordância da afirmação feita.

Conclusão:

Ficou provado que a maioria dos docentes concorda que a motivação dos alunos com hiperatividade e déficit de atenção aumenta quando se recorre às Artes Plásticas.

Desta forma ficou provada a hipótese H2.

Hipótese H3- As Artes Plásticas contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA

Para averiguação desta hipótese utilizou-se o teste de qui-quadrado de aderência às variáveis variável Q7, com o objetivo de provar que as proporções de respostas dadas a esta questão são significativamente diferentes.

Tabela 10 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” à questão Q7.

As Artes Plásticas não favorecem e não contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA?				Teste Qui-quadrado Aderência
	N (Observado)	N (esperado)	Valor Residual	
Discordo Totalmente	147	63,2	83,8	Q= 287,639 Gl=4 p=0,000
Discordo	126	63,2	62,8	
Nem Discordo nem Concordo	20	63,2	-43,2	
Concordo	12	63,2	-51,2	
Concordo Totalmente	11	63,2	-52,2	
Total	316			

Na análise descritiva feita na 1ª parte, já se tinha verificado que a maioria dos docentes (147) discordou totalmente com a afirmação “As Artes Plásticas não favorecem

e não contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA”. O valor residual associado a esta resposta é igual a 83,8, ou seja, a proporção de docentes que discordou é significativamente maior do que a proporção esperada. Pelo teste de Aderência ($Q=287,639$), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporções de respostas dadas a esta questão, uma vez que o valor de prova $p=0,000 < 0,05$.

Com uma significância de 5%, conclui-se que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a discordância total da afirmação feita.

Conclusão:

Ficou provado que a maioria dos docentes concorda que a as artes plásticas contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA.

Desta forma ficou provada a hipótese H3.

Hipótese H4 - As Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação dos alunos

Para averiguação desta hipótese utilizou-se o teste de qui-quadrado de aderência à variável Q12 com o objetivo de provar que as proporções de respostas dadas a esta questão foram significativamente diferentes.

Tabela 11 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” à questão Q12.

As Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação nas atividades dos alunos com “PHDA”?				Teste Qui-quadrado Aderência
	N (Observado)	N (esperado)	Valor Residual	
Discordo Totalmente	4	79,0	-75,0	Q=192,557 Gl=3 p=0,000
Nem Discordo nem Concordo	40	79,0	-39,0	
Concordo	164	79,0	85,0	
Concordo Totalmente	108	79,0	29,0	
Total	316			

Na análise descritiva feita na 1ª parte, já se tinha verificado que a maioria dos docentes (164) concordaram com a afirmação “As Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação nas atividades dos alunos com “PHDA”?”. O valor residual associado a esta resposta é igual a 85, ou seja, a proporção de docentes que concordou

é significativamente maior do que a proporção esperada. Pelo teste de Aderência ($Q=192,557$), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporções de respostas dadas a esta questão, uma vez que o valor de prova $p=0,000<0,05$.

Com uma significância de 5%, conclui-se que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a concordância da afirmação.

Conclusão:

Ficou provado que a maioria dos docentes concorda que as Artes Plásticas desenvolvem a socialização e participação nas atividades dos alunos com PHDA.

Desta forma ficou provado a hipótese H4.

Hipótese H5 - Os professores do 2º e 3º Ciclos estão mais aptos para trabalhar com os alunos com PHDA, comparativamente com os professores do Ensino Secundário.

Para averiguação desta hipótese fizeram-se os gráficos de cruzamento entre as variáveis dependentes (Q2.2 e Q3) com a variável independente “Nível de Ensino”.

Utilizou-se o teste de qui-quadrado de independência e para os casos de rejeição de independência entre as variáveis em estudo utilizaram-se os coeficientes “Phi” e “Cramer’s V” para analisar o grau de associação dessas variáveis.

Tabela 12 - Sumário Descritivo do cruzamento entre as variáveis das Questões Q2.2, Q3 e a variável “Nível de Ensino”

	Respostas Válidas		Respostas Inválidas	
	N	%	N	%
2.2 Identificar alunos com “PHDA” * 6 - Nível de ensino	316	100,0%	0	,0%
3- Sente dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com “PHDA”? * 6 - Nível de ensino	316	100,0%	0	,0%

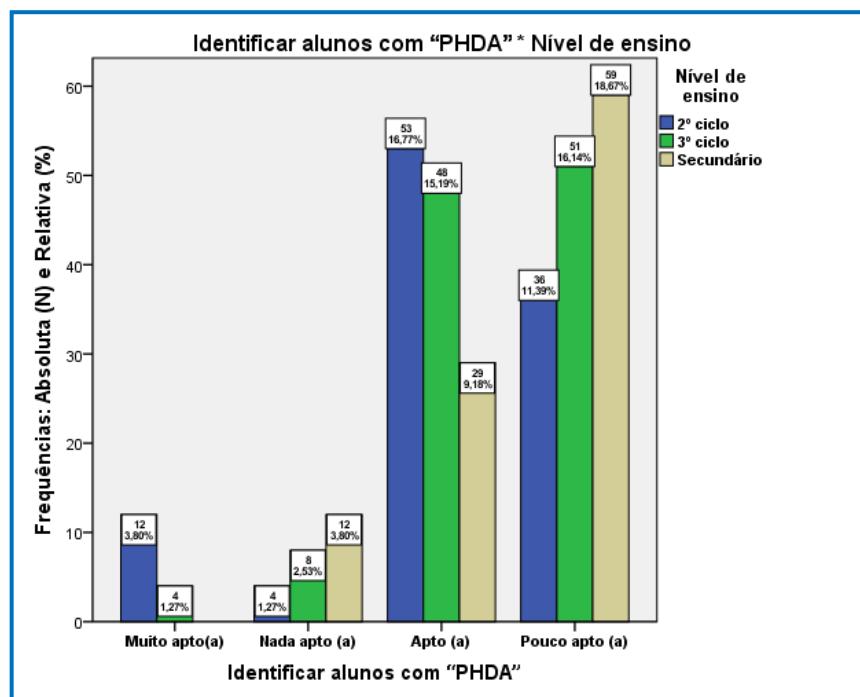


Gráfico 12 de cruzamento entre as variáveis Q2.2 e "Nível de Ensino".

Tabela 13 - Sumário do teste "Qui-quadrado de independência" e testes de Associação

	Q	gl	Valor de prova (p)	
Teste do Qui-Quadrado de independência	31,191	6	,000	
			Coefficientes de associação	Valor de prova (p)
Testes de Associação	Phi		,314	,000
	Cramer's V		,222	,000

Do cruzamento "2.2 Identificar alunos com "PHDA" * 6 - Nível de ensino" concluiu-se que dos 130 que se consideraram aptos a identificar alunos com PHDA, 16,77% (53) são professores do 2º ciclo, 15,19% (48) são do 3º ciclo e 9,18% (29) são do Ensino Secundário. Pelo teste do qui-quadrado (Q=31,191), rejeita-se a hipótese nula de independência entre as variáveis Q2.2 e o nível de ensino, pois o valor de prova $p=0,000 < 0,05$.

Com uma significância de 5%, pode-se afirmar que a resposta à questão “Considera-se apto a identificar alunos com PHDA?” foi influenciada pelo nível de ensino lecionado. Os coeficientes de associação Phi e Cramer’s V iguais respetivamente a 0,314 e 0,222 com valores de prova $p=0,000<0,05$, permitem reafirmar a associação significativa entre estas duas variáveis, nomeadamente, os professores do 3º e 2º ciclos, em média, são os que mais se consideram aptos a identificar alunos com PHDA, quando comparados com os docentes do Ensino Secundário.

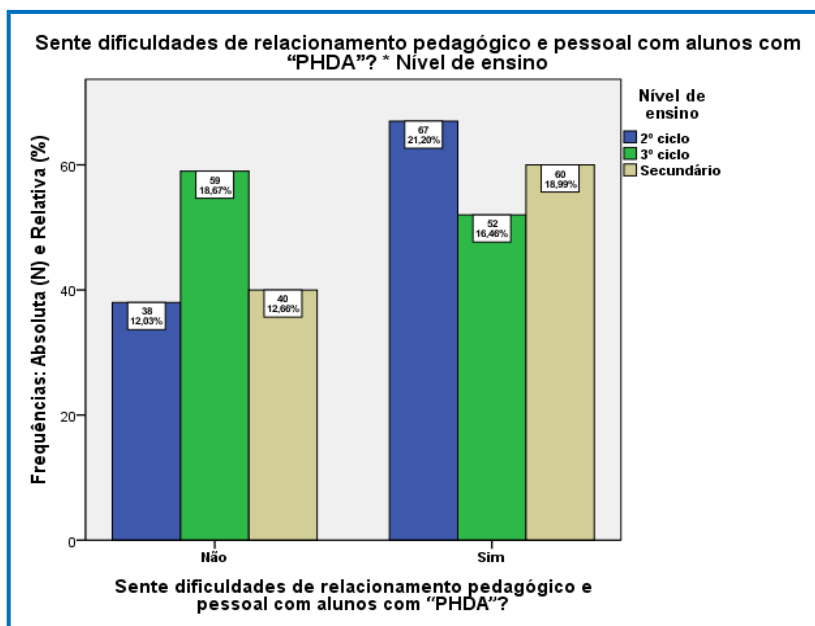


Gráfico de 13 de cruzamento entre as variáveis Q2.2 e “Nível de Ensino”.

Tabela 14 - Sumário do teste “Qui-quadrado de independência” e testes de Associação

	Q	gl	Valor de prova (p)	
Teste do Qui-Quadrado de independência	6,992	2	,030	
			Coefficientes de associação	Valor de prova (p)
Testes de Associação	Phi		,149	,030
	Cramer's V		,149	,030

Do cruzamento “3- Sente dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com “PHDA”? * 6 - Nível de ensino” concluiu-se que dos 179 que sentem dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com PHDA, 21,20% (67) são professores do 2º ciclo, 18,99% (60) são do 3º ciclo e 16,46% (52) são do Ensino Secundário. Dos 137 que responderam “Não”, 18,67% (59) são professores do 3º ciclo, 12,66% (40) são do Ensino Secundário e 12,03% (38) lecionam no 2º ciclo. Pelo

teste do qui-quadrado ($Q=6,992$), rejeita-se a hipótese nula de independência entre as variáveis Q3 e o nível de ensino, pois o valor de prova $p=0,03 < 0,05$.

Com uma significância de 5%, pode-se afirmar que a resposta à questão “Sente dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com “PHDA”?” foi influenciada pelo nível de ensino lecionado. Os coeficientes de associação Phi e Cramer’s V iguais a 0,149 com valores de prova $p=0,03 < 0,05$, permitem reafirmar a associação significativa entre estas duas variáveis, nomeadamente, os professores do 3º ciclo, em média, são os que sentem menos dificuldades no relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com PHDA, quando comparados com os docentes do 2º ciclo e Ensino Secundário.

Conclusão:

Ficou provado que os professores do 2º e 3º ciclos apresentam maior aptidão para identificar alunos com PHDA comparativamente aos professores do Ensino Secundário. No que se refere às dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos PHDA, concluiu-se que as diferenças são mais significativas entre os professores do 3º ciclo e os do Ensino Secundário. Existe uma maior percentagem de docentes do 3º ciclo que estão mais aptos no relacionamento pedagógico e pessoal com alunos que têm PHDA quando comparados com os docentes do Ensino Secundário.

Desta forma ficou provada a hipótese H5.

Hipótese H6 - As artes plásticas são estratégia favorável na prática educativa.

Para averiguação desta hipótese utilizou-se o teste de qui-quadrado de aderência às variáveis Q4, Q9 e Q10 com o objetivo de provar que as proporções de respostas dadas a estas questões foram significativamente diferentes.

Tabela 15 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” à questão Q4.

As Artes Plásticas são uma estratégia favorável na prática educativa?				Teste Qui-quadrado Aderência
	N (Observado)	N (esperado)	Valor Residual	
Nem Discordo nem Concordo	12	105,3	-93,3	Q=134,987 G1=2 p=0,000
Concordo	176	105,3	70,7	
Concordo Totalmente	128	105,3	22,7	
Total	316			

Na análise descritiva feita na 1ª parte, já se tinha verificado que a maioria dos docentes (176) concordaram com a afirmação “As Artes Plásticas são uma estratégia favorável na prática educativa”. O valor residual associado a esta resposta é igual a 70,7, ou seja, a proporção de docentes que concordou é significativamente maior do que a proporção esperada. Pelo teste de Aderência ($Q=134,987$), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporções de respostas dadas a esta questão, uma vez que o valor de prova $p=0,000<0,05$.

Com uma significância de 5%, conclui-se que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a concordância da afirmação.

Tabela 16 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” à questão Q9.

Se as Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/professor				Teste Qui-quadrado Aderência
	N (Observado)	N (esperado)	Valor Residual	
Nem Discordo nem Concordo	24	105,3	-81,3	Q=158,076 GI=2 p=0,000
Concordo	204	105,3	98,7	
Concordo Totalmente	88	105,3	-17,3	
Total	316			

Na análise descritiva feita na 1ª parte, já se tinha verificado que a maioria dos docentes (204) concordaram com a afirmação “As Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/professor”. O valor residual associado a esta resposta é igual a 98,7, ou seja, a proporção de docentes que concordou é significativamente maior do que a proporção esperada. Pelo teste de Aderência ($Q=158,076$), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporções de respostas dadas a esta questão, uma vez que o valor de prova $p=0,000<0,05$.

Com uma significância de 5%, conclui-se que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a concordância da afirmação.

Tabela 17 - Sumário do teste “Qui-quadrado de aderência” à questão Q10.

As Artes Plásticas são uma ferramenta pedagógica imprescindível para o processo de comunicação da criança com “PHDA”				Teste Qui-quadrado Aderência
	N (Observado)	N (esperado)	Valor Residual	
Nem Discordo nem Concordo	56	105,3	-49,3	Q=98,532 G1=2 p=0,000
Concordo	188	105,3	82,7	
Concordo Totalmente	72	105,3	-33,3	
Total	316			

Na análise descritiva feita na 1ª parte, já se tinha verificado que a maioria dos docentes (188) concordaram com a afirmação “As Artes Plásticas são uma ferramenta pedagógica imprescindível para o processo de comunicação da criança com “PHDA””. O valor residual associado a esta resposta é igual a 82,7, ou seja, a proporção de docentes que concordou é significativamente maior do que a proporção esperada. Pelo teste de Aderência (Q=98,532), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporções de respostas dadas a esta questão, uma vez que o valor de prova $p=0,000 < 0,05$.

Com uma significância de 5%, conclui-se que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a concordância da afirmação.

Conclusão:

Ficou provado que a maioria dos docentes concorda que as Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/professor, são uma ferramenta pedagógica imprescindível para o processo de comunicação da criança com PHDA e são uma estratégia favorável par o processo educativo.

Desta forma ficou provada a hipótese H6.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Na hipótese 1, verificamos que existem diferenças significativas dum maior conhecimento sobre o que é PHDA, por parte dos professores do 2º e 3º ciclos comparativamente aos professores do Ensino Secundário, nomeadamente no facto de terem já ouvido falar no tema PHDA. No que se refere à experiência de trabalho com alunos que têm PHDA ou formação nesta área as diferenças entre os docentes dos vários níveis de ensino não são tão significativas, mesmo assim, a percentagem é ligeiramente superior nos 2º e 3º ciclos. Desta forma ficou provada a hipótese H1, ou seja, os professores do 2º e 3º ciclos apresentam um maior conhecimento sobre o que é PHDA, comparativamente com os professores do secundário.

Na hipótese 2, pela análise efetuada verificámos que a maioria dos docentes discordou com a afirmação “Os alunos com “PHDA” não apresentam motivação quando o professor recorre às Artes Plásticas”. A proporção de docentes que discordou é significativamente maior do que a proporção esperada. Daí, concluímos que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a discordância da afirmação feita. Desta forma ficou provado a hipótese 2, em que a maioria dos docentes concorda que a motivação dos alunos com hiperatividade e défice de atenção aumenta quando se recorre às Artes Plásticas.

Verifica-se, a partir do estado da arte, que vários são os autores que atestam uma correlação significativa e positiva entre a atividades criativas e aprendizagem, revelando que uma relação pedagógica mais criativa, está associada a maior motivação para a aprendizagem (Torrance (1962); Guilford (1983); Amabile (1983), Read, (1986); Munari (1987); Santos (1989); Sousa (2003); Delors (1996), entre outros).

Em relação à hipótese 3, concluímos que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a discordância total da afirmação feita. Desta forma ficou provado a hipótese 3, em que a maioria dos docentes concorda que as artes plásticas contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA.

Como podemos constatar, esta temática foi bastante exposta na revisão de literatura, em que meditar sobre os seus procedimentos, sobre a educação inclusiva, é pensar de uma forma clara e objetiva, para todas as crianças serem envolvidas na vida educativa e social da escola. Isso só será possível, quando a atenção das instituições se direcionar para a construção de um único sistema estruturado, que não esqueça a

diversidade e a promoção de estratégias pedagógicas e recursos escolares alternativos, que se adequem às diferentes necessidades dos alunos. Correia (2003, p. 9) alerta que, “a criança com necessidades educativas especiais não se alimenta de sonhos, mas sim de práticas educativas eficazes que têm sempre em linha de conta as suas capacidades e necessidades”. Todavia, é importante não esquecer, que incluir alunos especiais na escola de ensino regular é um processo complexo e que requer um grande investimento e compromisso, quer por parte da direção da escola, quer por parte das políticas governativas. Direcionando agora o nosso raciocínio para o papel que as artes plásticas assumem no processo inclusivo, destaca-se que este campo artístico vem sendo considerado de forma favorável nesse âmbito.

De acordo com a análise aos resultados obtidos através do inquérito por questionário, averiguamos que a maior parte dos docentes, mesmo não estando habilitados na disciplina, considera fundamental o recurso a estas áreas em prol da proliferação com o outro. Porém, para uma maior rentabilização dos seus benefícios, parece também não haver dúvidas, quanto à necessidade dos professores de artes plásticas procederem a uma delimitação mais específica dos seus procedimentos, por vezes adotados pura e simplesmente por comodismo ou acomodação. Recordando Moraes (2007), os professores não devem menosprezar as habilidades dos alunos com NEE, oferecendo-lhes tarefas repetitivas que pouco ou nada cooperam para o seu desenvolvimento. Esta área, por contemplar nas suas metodologias aspetos lúdicos e criativos, assume um carácter pertinente, contribuindo para a redução de comportamentos estereotipados e desajustados.

A aprendizagem artística promove o conhecimento pessoal, o que permite que “(...) os alunos encontrem os seus próprios sentimentos, assim como dos outros indivíduos. Os alunos precisam de veículos educacionais que lhes permitam essa exploração” (Gardner, 1990, p. 124). Segundo esta perspetiva, as experiências pedagógicas que privilegiem a comunicação, a confiança, a criatividade e o sentido crítico, como é o caso das artes plásticas, contribuirão para o desenvolvimento de atores sociais mais despertos para o meio circundante. Daí, que seja cada vez mais aceite que, “para crianças em geral, e para as inadaptadas e desfavorecidas em particular, a atividade lúdica pode ser uma das poucas experiências que criam situações, onde as desvantagens e as desigualdades sociais e culturais se atenuam ou mesmo se dissipam” (Pessanha, 1997, p. 154).

Relativamente à hipótese 4, a proporção de docentes que concordou é significativamente maior do que a proporção esperada, assim, ficou provado que a maioria dos docentes concorda que as Artes Plásticas desenvolvem a socialização e participação nas atividades dos alunos com PHDA.

Na hipótese 5, os professores do 2º e 3º ciclos, em média, são os que mais se consideram aptos a identificar alunos com PHDA, quando comparados com os docentes do Ensino Secundário. Desta forma ficou provada a hipótese H5, ou seja, os professores do 2º e 3º ciclos estão mais aptos para trabalhar com os alunos com PHDA, comparativamente com os professores do secundário.

Na hipótese 6, concluímos que as proporções de respostas ao grau de concordância da variável são significativamente diferentes e a maior proporção é para a concordância da afirmação. Ficou provado que a maioria dos docentes concorda que as Artes Plásticas são uma estratégia favorável para o processo educativo.

Concluímos que é de extrema relevância apostar na criatividade no âmbito das artes plásticas como recurso a estratégias/metodologias inovadoras e criativas, que tornem os conteúdos mais interessantes e apelativos, facilitando as aprendizagens, favorecendo um desenvolvimento da sociabilização, promovendo a inclusão "(...) ajudando assim a existência de uma maior igualdade de oportunidades para os alunos com dificuldades de aprendizagem e outras necessidades educativas especiais nas escolas regulares" (Rouse e Florian, 1996 citado por Tilstone, 2003 p. 95).

Através da educação artística, é possível desenvolver a inteligência, a criatividade, a imaginação, a sensibilidade e a afetividade da criança, logo o professor não deve assumir uma posição "castradora," não pode condicionar, o aluno, pelo contrário, deve promover a descoberta da sua própria forma de expressão, expressão dos sentimentos, a criatividade e espontaneidade. A educação artística deve contribuir para a construção da sua personalidade, do "eu" na sua plenitude, favorecendo a relação da criança com o mundo que a envolve, tornando-se um indivíduo incluído, autónomo, crítico e criativo.

Também podemos concluir que na sequência da realização deste projeto de investigação apraz-nos reiterar que apesar de aprender ser "uma atividade natural e espontânea em qualquer ser humano" (Ferreira & Santos, 1994, p. 17), a realidade é que o ato de aprender e os verdadeiros fins da educação na escola modificaram-se na atualidade. A aprendizagem é cada vez mais complexa, individual e decorrente de novas experiências ricas em conteúdo e em sentido.

Como verificamos ao longo da execução do projeto a Hiperatividade com Déficit de Atenção é um distúrbio comportamental crônico, com capacidade para afetar significativamente ao longo da vida o desempenho das crianças aos mais variados níveis.

Pretendeu-se assim com a revisão bibliográfica contribuir para o esclarecimento da envolvimento desta patologia prevalente, muitas vezes subdiagnosticada e subvalorizada. Por essa razão sublinhamos a importância de refletir séria e comprometidamente acerca desta temática relacionando-a com a utilização das artes plásticas.

Nesta perspectiva, é nosso intuito perceber qual a posição do professor face à problemática em estudo, realçando as suas práticas e o seu envolvimento na intervenção desta perturbação através de atividades específicas de expressão plástica, isto porque, como se sabe, a aplicação de determinadas estratégias, que vão ao encontro das áreas de distúrbio do aluno, permite a atenuação/superação das suas dificuldades.

O correto desempenho dos professores, a sua implicação no desenvolvimento dos seus alunos, especialmente dos diagnosticados com PHDA, constitui um passo preponderante e um sinal de esperança para o futuro. Cabe a todos contribuir de forma substancial e ativa para que a diferença seja valorizada, priorizada e tida em consideração em todos os aspetos na nossa vida.

Ao longo deste processo de investigação foi possível responder fundamentadamente à nossa pergunta de partida, que constituiu o objetivo central deste estudo: Será que a Expressão Plástica é um meio facilitador para a motivação das aprendizagens das crianças com déficit de atenção?

Limites ao Estudo

Durante a preparação e concretização do projeto, deparamo-nos com algumas dificuldades e limitações que importa aqui referir. Uma das condicionantes situou-se ao nível de resposta para a representatividade da amostra, pois, embora o inquérito tivesse sido distribuído atempadamente, os inquiridos, possivelmente, por falta de tempo, desinteresse, esquecimento, entre outros, responderam tardiamente. Por outro lado, outro obstáculo residiu na utilização do programa SPSS e, como consequência, na aplicação das técnicas estatísticas. A experiência anterior da docente com esse *software* era nula, e as aprendizagens obtidas aquando da formação, revelaram-se escassas para colmatar tais lacunas. Porém, com a leitura de bibliografia adequada e a colaboração dos professores e amigos, conseguimos chegar a bom porto.

Linhas futuras de Investigação

No âmbito desta temática sugere-se uma nova linha a ter em consideração num futuro estudo, nomeadamente, na realização do mesmo abrangendo também professores do Ensino Básico – 1.º Ciclo de Expressão Plástica, mas alargando a todos os agrupamentos do distrito de Aveiro, a fim de obter resultados mais conclusivos e verificar qual a importância das aulas de Artes Plásticas como estratégia inclusiva e motivadora na inclusão de crianças com Hiperatividade com Défice de Atenção.

Assim sendo, será necessário realizar a comparação dos dados já recolhidos com o a recolher, a fim de concluir se as aulas de Artes Plásticas são potenciadoras nos alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção.

Julgamos ainda que seria benéfico realizar um estudo comparativo, onde fossem confrontados, os resultados escolares dos alunos que trabalham de forma significativa com as experiências artísticas e os resultados escolares daqueles que não contactam frequentemente com essa prática.

Conclusões

A PHDA é uma perturbação do comportamento que afecta a vida de um grande número de crianças nos seus mais diversos aspectos: na escola, em casa, na comunidade e no relacionamento com os outros. 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.

Deste modo, e atendendo a que todas as crianças têm direito à educação, independentemente das suas características ou ritmos de aprendizagem, as crianças com Hiperactividade com Défice de Atenção “têm direito a um programa de educação específico, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o menos restritivo possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem” (Correia, 1999). 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, adultos com sucesso profissional.

A vivência artística influencia o modo como se aprende, comunica e interpreta as situações, contribuindo para o desenvolvimento de diferentes competências e reflecte-se no modo como se pensa, no que se pensa e no que se produz com esse pensamento.

Com a valorização do percurso para o saber, surge a necessidade de explorar todas as formas de comunicação e expressão.

Após a análise e tratamento dos dados podemos verificar que as hipóteses formuladas foram confirmadas. Também aferimos que a maioria dos inquiridos, professores do 2º/ 3º ciclos e secundário, concordam que a Expressão Plástica motiva os alunos para as aprendizagens.

Concluimos ainda, que a Expressão Plástica facilita as aprendizagens.

Sendo a Expressão Plástica uma das áreas da Expressão Artística contribui de maneira importante para o desenvolvimento harmonioso e integral da criança. Apresenta como características fundamentais a vertente lúdica, a comunicativa e a estética.

É necessário, também, acreditar que todos os alunos são capazes de construir um projecto de vida coerente, bem como desenvolver a sua capacidade de socialização. Assim, o professor tem um papel acrescido: descobrir a melhor maneira de levar os alunos a conseguirem acreditar nas suas capacidades nas mais diversas áreas, sendo capazes de elaborar um projeto de vida consistente.

Profissionalmente, este trabalho proporcionou-nos um maior conhecimento desta temática tão complexa, facultou-nos algumas orientações e sugestões, de forma a sermos mais capazes de trabalhar com estas crianças de forma mais coerente e a sermos capazes de implementar estratégias adequadas à sua especificidade.

Foi nosso principal objetivo fazer um pequeno estudo sobre a influência da expressão Plástica em alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção. Depositamos esperanças e chegamos a conclusões.

Referências Bibliográficas

- Angelloti, C. A. (1996). *Dificuldade de aprendizagem*. São Paulo: Editora Mundo Mirim.
- Amabile, T. M. (1983). *The social psychology of creativity*. New York, Springer-verlag.
- Arnheim, R. (1974). *Art and Visual Perception: A Psychology of the Creative Eye*. (2nd edition). Berkeley and Los Angeles: University of California press.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Batshau, M. L. & Perret, Y. M. (1990). *Criança com Deficiência* (1ª edição). São Paulo: Editora Maltese.
- Borg, W. R. & Gall, M. D. (1996). *Educational Research*. New York: Longman.
- Burton, J. (1980). *Developing Minds -Beginnings of Artistic Language*. School Arts, 80.
- Campenhout, L. e Quivy, R. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Cardoso, C. e Valsassina. (1988). *Arte Infantil-Linguagem Plástica*. 2ª Edição Lisboa: Editorial Presença.
- Compennolle, P. (1999). *Ou calme! Manuel pour l'education des enfants hyperactifs*. Paris, De Boeck e Belin.
- Correia, L. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2003). *Educação especial e inclusão*. Coleção educação especial. Porto: Porto editora.
- Cunningham, C. (2006). COPE - *Large Group Community-based, Family Centered Parent Training*. In R. Barkley, *Attention deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

- D.E.B. (2001). *Organização Curricular e Programas do Ensino Básico – 1º Ciclo*. Mem Martins: Editorial do Ministério da Educação.
- Delors, Jacques (1996). *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Lisboa, Edições ASA.
- DSM-IV- TR (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*.
- Duarte, Maria Isabel Ramos (2000) – *Alunos e insucesso escolar: um mundo a descobrir*. 1.^a ed. Lisboa: Ed. Instituto de inovação educacional, Ministério da Educação, p. 20-34.
- DuPaul, G & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Falardeau, G. (1999). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Ferreira, M. & Santos M. (1994). *Aprender a Ensinar, Ensinar a Aprender*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso escolar*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, A. C. (1998). *Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente : Questões e perspectivas actuais*. *Psychologica* , 19, pp. 165-199.
- García, J, N. (1998). *Manual de dificuldades de aprendizagem, linguagem, leitura, escrita e matemática*, ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- García, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill Portugal.
- Gardner, H. (1990). *The difficulties of school: Probable causes, possible cures*. New York: Basic books.
- Goldstein & Goldstein,(1992). *Working memory. Recent advances in learning and motivation*. New York: Academic Press.
- Guilford, J. P. (1983). *Creatividad y Educación*. Barcelona, Paidós.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Weiner, B. (1995). *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: The Guilford Press.
- Ketele, J. & Roegiers. X. (1993). *Méthologie du recueil d'informations: fondements de méthodes d'observation de questionnaires, d'interviews et d'étude de documents*. 2. ed. Bruxelles: De Boeck Universisté.
- Lakatos, E. M. (2002). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.
- Lei de Bases do Sistema Educativo - Lei nº46/86, Diário da República nº237, I Série, em 14 de Outubro, 3067 a 3081.
- Leite, E. e Malpique, M. (1986). *Espaços de Criatividade. A criança que fomos, a criança que somos através da Expressão Plástica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Lowenfeld, V., Brittain, W. Lambert. (1970). *Desenvolvimento da Capacidade Criadora*. S. Paulo: Mestre Jou Edições.
- Lopes, C. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM.
- Lopes, J. (1998 a). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em contexto escolar: uma perspectiva psicoeducacional*. In Revista Psicologia: teoria, investigação e prática. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Lopes, J. (1998 b). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em contexto escolar: uma perspectiva psicoeducacional*. In Revista Psicologia: teoria, investigação e prática. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Lopes, A. J. (s/data). *Problemas de Comportamento, Problemas de Aprendizagem, Problemas de "Ensinagem"*. Colecção Nova Era - Educação e Sociedade. Ed. Quarteto.
- Lowenfeld, V. (1970). *Desenvolvimento da capacidade criadora*. São Paulo: Mestre Jou.
- Luquet, G. H. (1969). *O Desenho Infantil*. Porto: Livraria Civilização Editora.

- Moraes, M. C. (2007). *Mediação pedagógica, inserção escolar de alunos com deficiência mental e arte: Um olhar sobre o projeto espaço criativo* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto. Porto Editora.
- Pessanha, A. M. (1997). *Atividade lúdica associada à literacia*. In C. Neto (Coord.), *Jogo e desenvolvimento da criança*, (pp. 151-169). Lisboa: Edição da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Piaget, J. (1970). *La Formation du Symbole Chez l'Enfant - Imitation, Jeu et Rêve, Image et Répresentations Imagées*. Paris: Press Universitaires de France.
- Piaget, J. (1974). *Seis Estudos de Psicologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Piaget, J. (1977). *A Linguagem e o Pensamento da Criança*. Lisboa: Moraes Editores.
- Pfiffner, L. J. & Barkley, (1998). *Treatment of ADHD in School Settings*. In R.A. Barkley (ED); New York: Guilford.
- Rebelo, Simões e Fonseca (1998). *A Hiperatividade da criança vista pelos adultos: dados de um estudo exploratório*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Read, Herbert (2007). *A Educação pela Arte*. Coimbra, Edições 70, Lda.
- Rohde, L. e Ketzer, C. (1997). *Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade. In Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Rouse M. and Florian L.(1996). *Effective inclusive schools: a study in two countries*. Cambridge Journal of Education 26(1), 71-85.
- Salgueiros, E. (1996). *Crianças irrequietas*. Lisboa: Instituto Português de Psicologia Aplicada.

- Santos, A. (1997). *Enciclopédia de Educação Infantil (Vol.V) – Recursos para o desenvolvimento do currículo escolar*. Rio de Mouro: Nova Presença.
- Santos, Arquimedes da Silva (1989). *Mediações artístico-psicopedagógicas*. Lisboa, Livros Horizonte.
- Salvador, A. (1988). *Conhecer a Criança através do Desenho*. Porto: Porto Editora.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de atenção e hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Serrano, A. M. & Braga, C. L. (1996). *Adaptações Curriculares no Pré-escolar. Algumas Considerações da dimensão física e social do Ambiente*. Braga: I. E. C. - U.M.
- Severin, G, e Dupont, S. (1980). *Man Enfant à la maternelle*. Paris: Librairie Hachette.
- Sousa, A. (2003). *Educação pela Arte e Artes na Educação (Vol. I, II e III)*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Smith, C.; STR, L. (2001) *Dificuldades de Aprendizagem de A a Z*. 1ª ed. Ed. Artes Médicas.
- Taylor, E. (1999). *Development of Clinical Services for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Arch Gen Psychiatry. 56:1097-1099
- Teixeira, M. (1989). *IV Encontro Nacional de Educação Especial*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tilstone, C., Florian, L. & Rose, R. (2003). *Promoting inclusive practice*. London, Routledge.
- Unesco (1994) - *Declaração de Salamanca e enquadramento da Acção na área das Necessidades Educativas Especiais*. Paris: Unesco.
- Vasquez, I.C. (1997). *Hiperactividade: avaliação e tratamento*. In Necessidades Educativas Especiais, tradução Ana Escoval. 159-184. Lisboa: Dinalivro.

Webgrafia

- ≠[http:// www.ddah.planetaclix.pt](http://www.ddah.planetaclix.pt). (acedido em 20-12-2014).
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Arte_terapia, 20/12/2014, 10:46h.
- http://www.junior.te.pt/site_regresso2004/pais_educadores_hiperactividade.html.
(acedido em 28-01-2015)
- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141365382010000200011&script=sci_arttext&tlng=pt. (acedido em 28-01-2015)
- <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/272/PGEE2009SusanaMoreira.pdf?sequence=1>. (acedido em 02-02-2015)
- <http://jinfancionalouro.no.sapo.pt/plastica.htm>, 24/02/2015, 12:09h
- <http://www.eselx.ipl.pt/evt/expressaoplastica.htm>, 24/02/2015, 21:36h
- <http://ticposgraduacao.wordpress.com/a-importancia-das-expressoes/>,
24/02/2015, 23:45h

Notas Explicativas

- 1 Fonte: [http:// www.ddah.planetaclix.pt](http://www.ddah.planetaclix.pt) (acedido a 21 dezembro de 2014)
- 2 Fonte: A Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, do Ministério da Educação e Ciência (DGEEC/MEC) - criada pelo Decreto Regulamentar n.º 13/2012 de 20 de janeiro - é o órgão delegado do Instituto Nacional de Estatística (INE) para a produção de estatísticas oficiais da educação. (acedido a 23 janeiro de 2015)

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário

Questionário

Exmo(a). Senhor (a) Professor (a), caro (a) colega

Sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus, com uma já larga tradição no campo da Educação (nomeadamente ao ministrar cursos de ensino pós-graduado e mestrado, em particular o de Educação Especial para professores). Este trabalho de investigação, realiza-se no âmbito do Mestrado em Ciências de Educação na especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, sob a orientação do Professor Doutor Horácio Saraiva.

Tem em mãos um questionário que se insere numa investigação com a seguinte temática «Alunos com Hiperatividade com Défice de Atenção e as Artes Plásticas».

Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião para mim é importante.

Para que a possa levar a bom termo, careço da sua preciosa colaboração no preenchimento deste questionário.

I – DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Assinale com uma cruz (X) os quadrados, de acordo com as suas características profissionais:

1- Género *

Mark only one oval.

- Masculino
 Feminino

2- Idade *

Mark only one oval.

- Menos de 30 anos
 • Entre 31 e 40 anos
 • Entre 41 e 50 anos
 • Mais de 50 anos

3- Habilitações Académicas *

Mark only one oval.

- Bacharelato
 • Licenciatura
 • Pós-Graduação
 • Mestrado
 • Doutoramento

4- Tempo de serviço **Mark only one oval.*

- Menos de 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Entre 10 e 20 anos
- Mais de 20 anos

5 - Situação Profissional **Mark only one oval.*

- Professor do Quadro de Agrupamento / Quadro de Escola
- Professor do Quadro de Zona Pedagógica
- Professor Contratado

6 - Nível de ensino **Mark only one oval.*

- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Secundário

7 - Possui alguma formação na área das Necessidades Educativas Especiais? **Mark only one oval.*

- Formação Continua
- Especialização
- Não

8 – Tem formação nalguma área das Artes Plásticas? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

Parte II- OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

1- Como classifica o seu conhecimento face à hiperatividade?

(assinale com X uma alternativa)

1.1 Já ouviu falar de PHDA? *

Mark only one oval.

• Sim

• Não

1.2. Já trabalhou com alunos com PHDA? *

Mark only one oval.

• Sim

• Não

1.3. Já realizou formação sobre o tema: “PHDA”? *

Mark only one oval.

• Sim

• Não

2- Em que medida se considera apto(a) a:

(assinale com X uma alternativa)

2.1 Colaborar na elaboração do Programa Educativo Individual e do Plano Individual de Transição **Mark only one oval.*

- Muito apto(a)
- Apto (a)
- Pouco apto (a)
- Nada apto (a)

2.2 Identificar alunos com “PHDA” **Mark only one oval.*

- Muito apto(a)
- Apto (a)
- Pouco apto (a)
- Nada apto (a)

3- Sente dificuldades de relacionamento pedagógico e pessoal com alunos com “PHDA”? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

4 – As Artes Plásticas são uma estratégia favorável na prática educativa? **Mark only one oval.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

5 – As atividades de Expressão Plástica podem ser realizadas por qualquer aluno, com qualquer tipo de NEE, tendo apenas que existir ajudas técnicas e adequação das atividades? *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

6 - Conhecer a problemática da PHDA permite ajustar as práticas artísticas aos alunos portadores dessa patologia, favorecendo a prática educativa. *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

7 – As Artes Plásticas não favorecem e não contribuem para a inclusão dos alunos com PHDA? *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

8 - Se as Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/aluno *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

9 - Se as Artes Plásticas contribuem para o desenvolvimento de uma relação interpessoal aluno/professor *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

10 - As Artes Plásticas são uma ferramenta pedagógica imprescindível para o processo de comunicação da criança com “PHDA” *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

11 – Os alunos com “PDHA” não apresentam motivação quando o professor recorre às Artes Plásticas *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

12 – As Artes Plásticas desenvolvem a sociabilização e participação nas atividades dos alunos com “PHDA”? *

Mark only one oval.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem Discordo nem Concordo
- Concordo
- Concordo Totalmente